

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 127.

LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Affection syphilitique vraie

TRAITEMENT

PAR

LES INJECTIONS DE CALOMEL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille AUBERY

Né à MONTAIGUET (Allier), le 2 Octobre 1875

Ancien externe des hôpitaux de Lyon. — Interne des Hôpitaux de Saint-Étienne

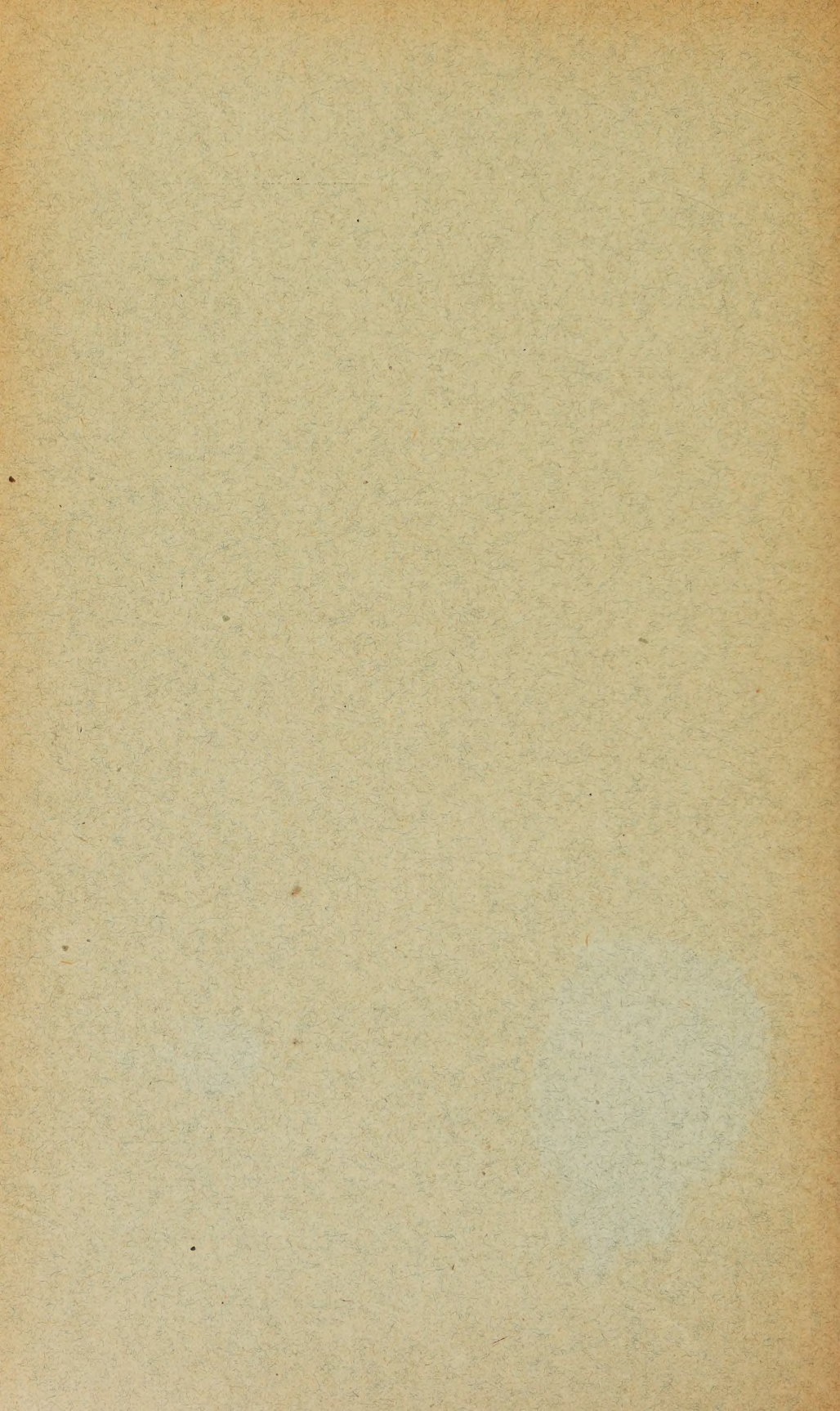


SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE A. BARDIOT

13, Rue de la Loire, 13

—
1902



LA
PARALYSIE GÉNÉRALE

AFFECTION SYPHILITIQUE VRAIE

Traitement par les injections de calomel

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.....	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FOCHIER.
Clinique des Maladies des enfants.....	{	GAYET.
Physique médicale.....		GAULLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	{	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....		WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	{	MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....	{	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....	{	LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....	{	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....	{	TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	{	MAYET.
Hygiène.....		TRIPIER.
Thérapeutique.....	{	POLLOSSON (M.).
Pharmacologie.....		ARLOING.
		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes.....	LAROT NNE.
---------------------------------------	------------

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Propédeutique médicale.....	ROQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	X.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
Anatomie pathologique.....	DEVIC.
Physiologie.....	DOYON.
Accouchements.....	FABRE.
Botanique.....	BEAUVISAGE.
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, Dr ès-sciences

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. VALLAS.	MM. NOVÉ-JOSSERAND.	MM. CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBU.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT.	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président ; M. ROQUE, Assesseur ;

MM. PIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 127.

LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

Affection syphilitique vraie

TRAITEMENT

PAR

LES INJECTIONS DE CALOMEL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Avril 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Camille AUBERY

Né à MONTAIGUET (Allier), le 2 Octobre 1875

Ancien externe des hôpitaux de Lyon. — Interne des Hôpitaux de Saint-Étienne



SAINT-ÉTIENNE

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE A. BARDIOT

13, Rue de la Loire, 13

—
1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER

Chevalier de la Légion d'Honneur

A l'occasion de ce travail, nous sommes heureux de pouvoir nous acquitter, bien faiblement il est vrai, des dettes de reconnaissance que nous avons contractées envers nos parents et nos maîtres.

Aussi, adressons-nous un remerciement ému à tous ceux qui, dans les hôpitaux ou durant nos études médicales, nous ont prodigué un enseignement fécond ou de bienveillants conseils.

M. Vincent et M. le professeur Augagneur, chirurgiens des hôpitaux, M. Garel et M. le professeur Weill, médecins des hôpitaux, ont guidé nos premiers pas, nous n'oublierons jamais leurs bonnes leçons.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de MM. Garand et Montagnon, médecins, et Blanc, chirurgien, des hôpitaux de Saint-Etienne. Nous remercions tous ces maîtres de l'affectueuse bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée, et nous conserverons de leur enseignement le plus précieux souvenir.

M. le docteur Roux, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne, dont nous sommes l'interne, nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous aider dans son exécution ; nous n'avons pas craint d'abuser de sa complaisance ; qu'il veuille agréer l'expression de nos sincères remerciements.

M. le professeur Teissier, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait le plus grand honneur ; qu'il soit assuré de notre respectueuse gratitude.

M. Devay, médecin directeur, et M. Etienne Martin, médecin adjoint de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, nous ont accueilli avec leur bienveillance et leur cordialité habituelles : ils ont droit à toute notre reconnaissance.

A tous ceux enfin dont l'amitié nous a été précieuse pendant le cours de nos études, au docteur Bernoud et à nos camarades d'internat que nous avons le regret de quitter avant l'heure, nous faisons un adieu ému, et nous les prions de recevoir ici la nouvelle expression de sympathie que nous leur adressons du fond du cœur.

CHAPITRE PREMIER

Historique de la question des rapports de la Syphilis et de la Paralyisie générale. — Conception actuelle de la paralyisie générale.

Bien que la paralyisie générale ait dû exister depuis longtemps, ce n'est qu'au commencement de ce siècle qu'elle a été isolée au point de vue clinique, puis anatomique des autres affections mentales. Elle est née de la thèse de Bayle en 1822. Avant lui, on trouve l'Observation de Haslam, pharmacien à l'hospice de Bedlam en 1798, puis les travaux d'Esquirol, complétés par ceux de Georget, Calmeil, Baillarger, etc. Mais c'est Bayle le premier qui l'a dégagée avec des contours nets et précis, en en faisant une entité parfaitement autonome et en la rattachant à une lésion spéciale : « l'arachnitis chronique ».

Depuis cette époque jusqu'à nos jours, une quantité innombrable de travaux ont été publiés sur la paralyisie générale progressive, et cependant son domaine n'a

jamais été exactement déterminé, la multiplicité des lésions anatomiques trouvées à sa période ultime a divisé en plusieurs camps les neuro-pathologistes et l'on en est encore à discuter sur son étiologie et sa pathogénie. En étudiant tous les documents amassés sur ce sujet, il semble cependant aujourd'hui qu'on puisse se faire de la paralysie générale une conception capable de concilier toutes les opinions et de s'adapter à tous les cas cliniquement observés, capable aussi de conduire le médecin qui l'observe à instituer un traitement actif basé sur sa pathogénie ; et c'est en commençant par l'étude de ses causes et de ses lésions que nous croyons pouvoir arriver à ce résultat.

§ 1^{er}. — *Etiologie de la paralysie générale.*

En matière d'étiologie, l'observation se traduit par la statistique. Reprenons donc, en premier lieu, la liste abondante des facteurs étiologiques donnés tour à tour à la paralysie générale, et essayons de voir si elle relève toujours de causes limitées, spéciales, nettement systématisées, ou bien de causes multiples, complexes, diversement associées.

Dès son apparition et à la période d'étude clinique de son histoire, on lui donne comme causes les excès et les abus de toutes sortes, le surmenage cérébral, l'hérédité nerveuse, vésanique, congestive, les fatigues excessives, les insulations, les traumatismes du crâne, les émotions déprimantes, les chagrins, etc. Puis vient toute la série

des infections et des intoxications : le saturnisme et surtout l'alcoolisme. En général, on admet qu'on se trouve en présence d'éléments étiologiques, complexes, sans pouvoir trouver la cause prépondérante, bien que, jusqu'en 1850 (1), on considère les excès alcooliques comme une des causes principales de la démence paralytique. Mais voici qu'en 1857, Essmark et Jessen, en Allemagne, admettent la syphilis comme étant toujours et invariablement le point de départ de la paralysie générale des aliénés.

Avant eux, Lallemand (1834) en avait déjà fait une méningite, puis une encéphalite syphilitique, et, en 1850, Schutzemberger l'avait rangée dans l'aliénation mentale spécifique.

En 1863, Kjelberg d'Upsal émet une opinion aussi radicale, d'après laquelle « la paralysie générale ne se développerait jamais dans un organisme parfaitement exempt de syphilis soit héréditaire, soit acquise ».

Il faut attendre quinze ans pour que ces idées pénètrent en France avec les travaux de Fournier et la publication de son *Traité de la syphilis du cerveau* en 1879.

La discussion est alors ouverte, discussion qui n'a pas encore pris fin, bien que depuis cette époque il ne se passe pas de mois sans qu'il ne paraisse en France, et surtout à l'Etranger, de travaux sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale.

Aujourd'hui, dans cette question qui est certainement une des plus discutées et des plus obscures qui aient occupé les aliénistes et les syphiligraphes, rien n'est encore

(1) ROUSSET. — *Congrès de Médecine*, 1889.

résolu, et l'on peut voir, surtout en France, des médecins d'égale compétence défendre, avec une égale conviction et une égale abondance d'arguments, les opinions les plus opposées. Alors que les uns voient toujours, dans la paralysie générale, une manifestation de la syphilis soit acquise, soit héréditaire, les autres soutiennent que ces deux affections sont absolument indépendantes l'une de l'autre. En 1889, Morel-Lavallée et Bellières arrivent à conclure, à l'Académie de médecine, que la syphilis doit occuper la première place parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale vraie : la même année, Régnier soutient que la syphilis cérébrale et la paralysie générale doivent être considérées comme deux affections distinctes dans leur évolution respective, pouvant coexister chez le même individu sans, pour cela, s'influencer réciproquement, les lésions anatomiques étant indépendantes comme siège et comme évolution.

Etudions donc les statistiques et voyons d'où viennent ces divergences. Les premières statistiques que nous ayons sur les rapports de la syphilis et de la paralysie générale nous viennent des médecins étrangers.

Mendel, en 1880, trouve, sur deux cent un paralytiques généraux, cent neuf syphilitiques certains, c'est-à-dire un peu plus de 50 %.

Reiger note, sur mille paralytiques généraux, trois cent quatre-vingt-dix-neuf syphilitiques, c'est-à-dire 40 % environ, tandis que, sur mille personnes non paralytiques, il constate trente-neuf fois seulement la syphilis.

Ziehen trouvé 43 % chez les hommes, 46 % chez les femmes.

Biswanger, 49 %.

Inspersen, 82 %.

En Angleterre, Mac Dowall, cité par Anglade, croit pouvoir incriminer l'étiologie syphilitique quatre-vingts fois sur cent cas de paralysie générale.

En 1892, le docteur Jacobson, médecin de l'hôpital communal à Copenhague, trouve, sur cent seize cas de paralysie générale, trente-sept cas où la syphilis était certaine et treize où elle était probable, ce qui fait un total de 43 %. Et ce chiffre lui paraît un minimum, car beaucoup de malades arrivent à l'asile dans un état mental tel qu'il est impossible de tirer d'eux aucun renseignement.

Le professeur Tschige rapporte au cinquième congrès des médecins russes sa statistique et trouve, sur cent trente-six cas de paralysie générale, quatre-vingt-seize cas d'origine syphilitique certaine, quinze très probable, et dix-neuf d'origine non syphilitique.

Greidenberg, médecin de l'asile de Symferopol (Crimée), reconnaît la syphilis comme cause de la paralysie générale dans 62,6 cas %.

En France, où il existait au début une tendance plutôt hostile à cette étiologie, les premières statistiques publiées furent nettement contraires à la doctrine syphilitique. M. Magnan ne trouve, sur cent paralytiques généraux, que cinq syphilitiques dont un seul certain.

M. Voisin trouve une proportion plus faible encore et qui descend jusqu'à 1,60 %.

Mais, peu à peu, l'idée allemande faisait du chemin, et alors on vit paraître les statistiques de M. Régis, qui trouve 80 % de syphilitiques parmi les paralytiques; de M. Bonnet, 60 %, et de M. Anglade, 81,8 %.

Avant d'aller plus loin, nous nous permettrons de rejeter

les premières statistiques françaises comme étant indubitablement entachées d'erreur, pour la raison suivante : sur cent hommes pris au hasard dans notre milieu, sains ou affectés de n'importe quelle maladie, il y en a toujours plus de un à cinq de syphilitiques. Au minimum, pour Fournier, il y en a quinze, et « ce serait croire, de par ces statistiques, que la syphilis servirait par anticipation de palladium contre la paralysie générale ».

Dans ces dernières années, d'importants documents sur cette question ont été publiés en France, ce sont ceux de Christian (1), de Cullerre (2), Camuset (3), Bonnet (4), Charbonneau (5), Joffroy et Létienne (6), Régnier (7), Toulouse, etc... Plus récemment, ce sont ceux d'OEbecke (1893), de Morel-Lavallée et Bellières (1893), la thèse de Dengler (1893), l'ouvrage de MM. Mairet et Vires (1898), les statistiques de MM. Sérieux et Farnarier (1900), les thèses de Caboureau et de Coste-Labaume (1900).

Nous allons passer en revue les plus importants :

OEbecke donne une analyse précise de cent cas de paralysie générale qu'il a minutieusement étudiés au point de vue étiologique, et voici les facteurs qu'il a rencontrés le plus souvent soit isolés soit combinés entre eux :

Syphilis	53 %
Redisposition héréditaire	46 —

(1) CHRISTIAN. — *Congrès de Médecine mentale*, 1890.

(2) CULLERRE. — *Congrès de Médecine mentale*, 1890.

(3) CAMUSET. — *Ann. méd. psychol.*, 1890, tome XIII, N° 1.

(4) BONNET. — *Thèse de Paris*, 1891.

(5) CHARBONNEAU. — *Thèse de Paris*, 1891.

(6) JOFFROY ET LÉTIENNE. — *Arch. de méd. expérimentale*, 1892.

(7) RÉGNIER. — *Revue de Méd.*, juin, juillet, août, 1889.

Tempérament nerveux.	44 %
Excès alcooliques.	43 —
Surmenage psychique.	42 —
Excès sexuels.	41 —
Fatigues.	22 —
Traumatismes.	5 —

La syphilis marche en tête en avant même de la prédisposition héréditaire, laquelle nous est présentée cependant par certains neurologistes comme la cause primordiale presque essentielle de la paralysie générale ; dans quinze cas, la syphilis existait comme cause unique.

Morel-Lavallée, après une étude approfondie des statistiques existantes avant 1893, arrive à conclure que la vérole figure dans les antécédents de la paralysie générale avec une fréquence assez considérable et assez significative pour qu'on soit autorisé à chercher là une relation de causalité entre les deux maladies, et il prouve cette relation par les raisons suivantes :

« La proportion des accidents syphilitiques relevés
« chez les sujets atteints de paralysie générale est forte-
« ment supérieure à celle que l'on retrouve chez les
« malades atteints d'autres formes d'aliénation.

« La démence paralytique est rare dans les milieux où
« la syphilis est exceptionnelle.

« La fréquence des antécédents syphilitiques relevés
« chez les paralytiques généraux est d'autant plus élevée
« que le milieu où on l'observe se prête mieux à la recher-
« che des antécédents.

« Dans les cas où l'on ne trouve qu'un seul facteur à

« invoquer pour l'étiologie de la paralysie générale, c'est
« la vérole qu'on relève le plus souvent. (Obersteiner.)

« Il s'agit ordinairement d'une syphilis bénigne (partant
« peu ou point traitée), ce qui explique que l'on n'en
« retrouve plus de traces sur la peau ou ailleurs.

« Il est des cas où la paralysie générale paraît suivre
« la syphilis communiquée par le même sujet à plusieurs
« autres (Observations de Goldsmith, Morel-Lavallée et
« Bellières).

« La syphilis paraît avoir une action élective pour diri-
« ger les prédispositions neuropathologiques innées ou
« acquises vers la production du tabès et de la paralysie
« générale. »

C'est le premier auteur qui fait intervenir dans la question un autre élément de jugement, le rôle de la graine à côté de celui du terrain : certaines syphilis seraient plus aptes à engendrer la paralysie générale, ce qui permettrait d'admettre, selon lui, qu'il existe « des véroles à virulence nerveuse ».

Avec les auteurs suivants, nous changeons complètement de façon d'envisager la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. MM. Mairet et Vires, dans leur Traité paru en 1898, attribuent surtout la paralysie générale à l'hérédité arthritique, cause de fonds, aidée de circonstances adjuvantes telles que les émotions morales, le traumatisme, les infections, la cérébralité ou hérédité cérébrale, qui ont pour effet de localiser du côté du cerveau le processus morbide réalisé par la diathèse. L'alcoolisme chronique produit pour eux la paralysie générale vraie mais non d'emblée, et seulement après une longue période préparatoire. Quant aux infections aiguës, incapables de

créer de toutes pièces la paralysie générale, elles créent une prédisposition ou constituent une provocation.

Le traumatisme et les excès divers ne conduisent à la paralysie générale que sur un terrain préparé.

Voici du reste un tableau où les auteurs ont mentionné les antécédents personnels ou héréditaires qu'ils ont notés chez leurs sujets observés, au nombre de cent soixante-quatorze :

Alcoolisme	84 fois, soit 48 %
Hérédité cérébrale.	57 — — 32,7 —
Arthritisme.	49 — — 28 —
Syphilis.	40 — — 23 —
Excès divers. — Causes morales.	34 — — 17,7 —
Hérédité alcoolique . . . , . . .	29 — — 16 —
Hérédité mentale et nerveuse.	2½ — — 12,8 —
Hérédité tuberculeuse.	15 — — 8,6 —
Traumatisme.	14 — — 8 —
Infections aiguës.	10 — — 6,7 —
Ataxie-locomotrice	1 — — 0,5 —

Bien qu'ayant noté l'existence de la syphilis chez quarante de leurs malades, MM. Mairet et Vires arrivent à n'accorder à la syphilis qu'un rôle étiologique insignifiant dans le développement de la paralysie générale.

Toutes les fois que la syphilis est associée à l'arthritisme, ils ne veulent tenir compte que de ce dernier facteur, ou alors ils font, de la paralysie générale syphilitique, une forme particulière de la syphilis, une paralysie cérébrale à forme générale. Nous nous permettrons de faire à cette statistique

un reproche déjà formulé par le docteur Caboureau. Pourquoi établir une confusion entre toutes les causes et leur mode d'action ? Pourquoi mettre par exemple sur le même rang les influences héréditaires, l'alcoolisme, la syphilis, les excès, les chagrins, etc. ?

Il est indispensable, et on a toujours procédé ainsi, de séparer les aptitudes à certaines maladies qu'un individu apporte en naissant et qui sont les causes prédisposantes de celles qui frappent accidentellement à une période déterminée de la vie : celles-ci sont les causes déterminantes. On doit aussi préciser, en même temps que sa fréquence, l'importance de chaque facteur, de façon à établir dans la mesure du possible une véritable échelle de probabilités étiologiques. Agir autrement, c'est créer le chaos, c'est faire la statistique du pêle-mêle.

Quant aux motifs qui nous font trouver des résultats statistiques si différents, il nous faut les chercher dans l'influence du milieu social où l'on observe la paralysie générale, et surtout dans le mode d'investigation mis en œuvre par le médecin pour dépister la syphilis.

La syphilis, et surtout la syphilis d'apparence bénigne des paralytiques généraux, étant une des affections les plus difficiles à dépister, on comprend le rôle énorme de l'éducation syphiligraphique du médecin et de sa tournure de pensée, s'il n'est pas décidé à faire tous ses efforts pour la retrouver en scrutant à fond l'histoire du malade, les renseignements donnés par sa famille, et en recherchant les stigmates qu'elle a pu laisser sur lui ou sur ses descendants.

Une enquête insuffisante laissera échapper toutes les syphilis intentionnellement dissimulées, toutes les syphilis

oubliées, effacées du souvenir des malades toujours plus ou moins amnésiques, toutes les syphilis ignorées de bonne foi et dont le nombre est considérable, et toutes les syphilis accidentelles d'origine non vénérienne qui, plus facilement que d'autres, passent inaperçues. Voilà ce qui nous explique les différences si considérables des résultats statistiques.

En puisant aux documents de MM. Sérieux et Farnarier, nous trouvons une statistique établie avec les plus grands soins, et comprenant tous les cas de paralysie générale traités à la maison de santé de Ville-Evrard, depuis le 1^{er} juin 1897 jusqu'au 31 décembre 1898. Après avoir éliminé seize cas où les renseignements sont notoirement insuffisants, voici le pourcentage étiologique des quarante-deux cas restants :

Syphilis certaine	21, soit 50	%	} 78,5 %
— probable	12 — 28,5	—	
Cas probablement négatifs.	6 — 14,28	—	} 21,4 —
Cas négatifs.	3 — 7,14	—	

En résumé, la syphilis est probable dans 80 % des cas, certaine dans 50 %. Son absence ne peut être affirmée avec quelques certitudes que dans sept cas sur cent.

Sur les trente-trois cas de syphilis certaine ou probable, ce facteur est noté seul treize fois, soit dans 40 % des cas, et si l'on établit la proportion sur les quarante-deux cas observés, la proportion de paralytiques uniquement syphilitiques est encore de 30 %.

On peut donc dire que 78 % des paralytiques ont, d'une façon certaine ou probable, la syphilis dans leurs

antécédents, et que chez 30 % on ne trouve pas d'autres facteurs étiologiques que la syphilis.

La statistique suivante, produite par le professeur Spillmann de Nancy dans la thèse de son élève Dengler, est encore plus favorable à la syphilis. Elle repose sur trente cas :

Syphilis certaine.	24	} 93 %
— probable.	3	
Hérédité congestive.	6	20 —
— nerveuse	6	20 —
Alcoolisme	5	17 —

M. le docteur Devay, médecin en chef de l'asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, qui pendant ces dernières années a recherché avec le plus grand soin les causes de la folie paralytique, arrive à peu près au même résultat. Pour lui, l'intoxication syphilitique est le facteur étiologique prépondérant nettement établi dans 55 % des cas, très probable dans 33 %. Elle peut être niée dans 9 % des cas seulement, et cette catégorie indique la proportion très infime des autres causes qui peuvent déterminer l'éclosion de la folie paralytique.

En étudiant les antécédents des paralytiques généraux mis en observation à la Charité de Saint-Etienne, depuis le 1^{er} janvier 1900, nous sommes arrivés à une proportion presque identique. Nous avons analysé les observations de cinquante-sept malades, dont quarante-trois hommes et quatorze femmes : dans onze cas, les renseignements anamnestiques manquaient complètement ou

étaient insuffisants. Sur les quarante-six cas restants, nous avons trouvé :

Syphilis certaine.	23, soit 50 %	{ 83 %
— probable	15 — 33 —	
Alcoolisme seul,	5 — 11 —	
— associé à la syphilis, à l'hérédité, etc..	14	
Fièvre typhoïde	2 — 4 —	
Paludisme	1 — 2 —	

Voici maintenant le tableau des facteurs étiologiques autres que la syphilis, dressé par MM. Sérieux et Farnarier :

Hérédité névropathique ou vésanique. .	14, soit 33 %
Arthritisme.	7 — 16 —
Alcoolisme.	8 — 19 —
Dothienenterie.	7 — 16 —
Varirole.	2 — 4 —
Traumatisme cranien.	4 — 9 —
Intoxication par C O.	1 — 2 —
Furonculose.	1 — 2 —

Dans cette statistique, on ne voit pas figurer les causes morales : ces causes avaient été considérées autrefois comme jouant un rôle important dans l'étiologie de la paralysie générale. Elles comprennent les chagrins, les émotions vives, les excès de travail intellectuel, en un mot le surmenage, et leur action a été soutenue surtout

par M. Christian. Il n'est douteux pour personne que beaucoup de paralytiques généraux ont abusé de la vie et se sont surmenés sous toutes les formes. Mais ce sont là, au fond, des causes banales qu'on retrouve à l'origine de presque toutes les maladies, et qui manquent souvent dans la paralysie générale. Il suffit, pour s'en convaincre, d'étudier la paralysie générale en dehors du milieu intellectuel, par exemple chez les ouvriers et les femmes, où elle devient de plus en plus fréquente. Il suffit surtout de l'étudier chez les adolescents trop fraîchement entrés dans la vie pour avoir été soumis à une cause morale vraiment importante.

Quant à l'alcool, regardé de tout temps comme un des plus grands provocateurs de la paralysie générale, son rôle est diversement interprété : beaucoup de paralytiques généraux ont fait des excès de boissons ; mais, parmi eux, il en est qui n'ont commencé à boire qu'au début de leur maladie et sous son influence excitante.

D'autre part, la marche parallèle de l'alcoolisme et de la paralysie générale, thèse soutenue au Congrès international de médecine mentale, en 1889, par le docteur Garnier, n'est vraie que pour certains centres comme Paris. Ailleurs, il n'en est pas ainsi : le docteur Taguet a constaté, chez les Bretons, la fréquence de l'alcoolisme et la rareté de la paralysie générale. De même en Irlande et en Suède, et surtout en Suisse où, depuis le vote de la loi sur le monopole fédéral des boissons, en 1887, l'alcoolisme est brusquement tombé, à l'hôpital cantonal de Genève, de 83 % à 53 % chez les aliénés admis, tandis que le chiffre de la paralysie générale est resté exactement ce qu'il était, de 14 à 15 %.

Pour notre part, nous croyons que le rôle de l'alcoolisme vient immédiatement après celui de la syphilis, et que parfois, à lui seul, l'alcoolisme peut causer la paralysie générale.

« L'hérédité, la syphilis et l'alcool, a dit M. Vallon au Congrès de Moscou (1897), constituent une sorte de trépied qui est la base étiologique de la paralysie générale. Celui-là remplit les meilleures conditions pour devenir paralytique général, qui, héréditairement prédisposé, contracte la syphilis, et, de plus, se livre à des excès alcooliques. »

Pour MM. Sérieux et Farnarier, l'arthritisme et la fièvre typhoïde seraient des causes aussi fréquentes que l'alcoolisme ; en revanche, l'hérédité névropathique ou vésanique est fréquemment notée, et cette fréquence affirme le rôle de la prédisposition, le rôle du terrain favorable pour l'éclosion des accidents cérébraux.

Comme nous venons de le voir, la syphilis est la cause de beaucoup le plus souvent relevée dans les antécédents de la paralysie générale. Elle est deux fois plus fréquente que les autres infections et l'alcoolisme réunis, deux fois et demie plus fréquente que le traumatisme crânien, causes qui sont cependant plus faciles à dépister. De plus, l'âge moyen d'internement des paralytiques généraux est voisin de la quarantaine : en tenant compte des quinze ans de période latente (incubation et invasion), on trouve vingt-cinq ans comme âge de la contagion, ce qui est conforme aux données de la syphiligraphie.

D'après les recherches du docteur Caboureau, la paralysie générale est extrêmement rare chez les religieux de tout ordre.

Tandis qu'il existe un cas de folie ordinaire chez les

religieux pour cinquante cas chez les laïques, soit 2 %, il n'existe qu'un cas de paralysie générale chez les religieux, pour environ mille cas de paralysie générale chez les laïques, soit 0,11 %. Encore, ne s'agit-il que des religieux hommes, car chez la religieuse la paralysie générale est totalement inconnue. Ces résultats sont d'autant plus significatifs que, dans certaines autres professions, chez les militaires par exemple, on trouve un paralytique général sur deux ou trois aliénés, soit de 30 à 50 %, et cette fréquence existe en Allemagne comme en France. Ces documents amènent à penser que la rareté de la paralysie générale chez les religieux ne peut tenir qu'à la rareté chez eux de la cause vraiment efficiente; or, cette cause n'est pas la prédisposition, l'hérédité auxquelles ils sont soumis comme les autres individus, ni l'alcoolisme, ni le surmenage, ce ne peut être que la syphilis, seule cause susceptible de se manifester à la longue, même pendant le cours d'une vie devenue calme et rangée.

Dans une thèse récente, Ricard, élève de Régis, montre que les descendants des paralytiques généraux présentent tous les caractères des enfants de syphilitiques : multiplicité des fausses couches et des mort-naissances, fréquence chez les survivants des stigmates dystrophiques, de l'hérédo-syphilis, rareté relative chez eux de la folie proprement dite, des vésanies, comme chez les syphilitiques vrais.

Grâce à l'étiologie syphilitique, on comprend naturellement que la paralysie générale soit moins fréquente dans les campagnes que dans les villes et les centres industriels, où la syphilis est plus répandue,

On comprend sa fréquente association avec le tabès,

dont l'origine syphilitique est admise dans 90 % des cas au moins.

On comprend aussi la paralysie générale conjugale, survenant chez les deux époux, forme dont on signale des faits de plus en plus nombreux et qui s'explique facilement par la syphilisation réciproque des deux conjoints.

Enfin, on n'a jamais vu la syphilis se déclarer chez les paralytiques généraux, bien qu'ils y soient exposés par leurs excès sexuels.

Tous ces arguments, qui vont en se multipliant de jour en jour, donnent une certitude de plus en plus grande à la base syphilitique de l'étiologie de la paralysie générale. Aussi, Krafft-Ebing, l'éminent professeur de psychiatrie de Vienne, résumant en deux mots frappants tout ce que comprend cette étiologie, a-t-il pu dire au Congrès international de Moscou, en 1897 : « La paralysie générale est une maladie de civilisation et de syphilisation. »

Voyons maintenant les objections que l'on a fait valoir contre l'origine syphilitique de la paralysie générale.

Les uns, avec Voisin, Brunet, Long, Joffroy, etc., ont dit que la paralysie générale était rare dans des pays à syphilis fréquente, chez les Arabes principalement. Goltzinger trouve la syphilis 80 fois % en Abyssinie et la paralysie générale absente. On pourrait contester d'abord l'exactitude de ces chiffres. A Paris même, nous en sommes encore à ignorer la fréquence relative de la syphilis, voire de la paralysie générale chez nos concitoyens, et il semble téméraire de prétendre établir un rapport entre ces affections chez des peuplades non dénombrées, mobiles, nomades, n'ayant souvent ni médecins, ni statistique

médicale. Mais dans ces populations la rareté de la paralysie générale s'explique par d'autres circonstances : par leur peu de cérébralité d'abord. Chez eux, l'acuité sensitive est rudimentaire, le terrain cérébral grossier, le système nerveux est moins vulnérable, l'hérédité nerveuse manque, et sans elle la syphilis devient impuissante à créer la paralysie générale ; ensuite par la gravité habituelle de la syphilis dans ces contrées. Nous verrons tout à l'heure le rôle joué par la qualité du virus syphilitique qui doit agir longtemps et lentement pour produire la paralysie générale. Du reste, cette opinion de la rareté de la démence paralytique chez les Arabes a été rectifiée dernièrement. Le docteur Warnock, directeur médical de l'asile d'aliénés du Caire, a publié, en 1900, un très intéressant travail, duquel il résulte que, dans les dernières années, les cas de paralysie générale ont constitué dans cet asile 5 à 6 % des admissions. Le docteur Warnock termine en disant : « En 1895, je croyais que la syphilis ne pouvait être regardée comme un facteur de quelque importance dans l'étiologie de la paralysie générale. Aujourd'hui, j'ai changé d'opinion, et de mon expérience actuelle je conclus que la paralysie générale a pour cause et probablement pour seule cause la syphilis. Je doute que l'alcool, les excès, les privations ou les misères de la vie aient la moindre relation avec la paralysie générale. »

M. Christian a objecté que, chez les paralytiques généraux, les plaies, les escarres ne prenaient pas l'allure envahissante que nous leur voyons prendre chez les syphilitiques vrais. Mais encore une fois, comme nous le verrons, la syphilis des paralytiques généraux est ordinairement une syphilis d'apparence bénigne, à action

lente et insidieuse, et non une syphilis évoluant à grands fracas, avec des manifestations extérieures graves.

D'autres ont dit que les facteurs étiologiques que l'on rencontre dans les antécédents des paralytiques généraux sont habituellement variés, complexes. Alors qu'on y rencontre la syphilis, de quel droit lui attribuer un rôle exclusif ?

« Si l'on trouve souvent la syphilis, dit M. Joffroy, dans le passé des paralytiques généraux, il est non moins bien établi que la paralysie générale peut se montrer chez des sujets absolument indemnes de vérole : d'où la nécessité, en admettant la spécificité de la méningo-encéphalite des premiers, de reconnaître la non-spécificité de celle des seconds. Il y aurait donc deux espèces de paralysie générale : l'une syphilitique, l'autre non syphilitique. La clinique proteste contre cette distinction, car il n'existe en réalité aucun signe différentiel permettant de distinguer ces deux formes. L'anatomie pathologique ne saurait davantage être invoquée à l'appui de la théorie syphilitique de la méningo-encéphalite chronique, attendu qu'elle ne nous montre que des lésions inflammatoires banales dépourvues de tout caractère spécifique. Quant au traitement de la vérole, tout le monde sait qu'il est impuissant contre la paralysie générale ; j'irai même plus loin et n'hésite pas à déclarer qu'il accélère la marche de cette affection.

« En raison de toutes ces considérations, je dénie absolument à la syphilis le rôle de cause efficiente dans le développement de la paralysie générale, tout en reconnaissant qu'elle est susceptible de favoriser l'éclosion de cette affection. »

A cette objection, nous répondrons d'abord que, pour nous, la syphilis n'est pas la cause unique de la paralysie générale, et dans les chapitres suivants nous montrerons la fausseté des preuves tirées de la clinique et de l'anatomie pathologique. En attendant, dès maintenant, les statistiques précitées, où nous avons vu la syphilis placée au premier rang par ordre de fréquence parmi les facteurs étiologiques minutieusement analysés, nous autorisent à faire de la syphilis une des causes les plus actives et les plus efficaces de la paralysie générale. Si sa toute-puissance se bornait à révéler la tare névropathique préexistante, comment expliquer les cas bien des fois observés où la syphilis existe seule, et les cas de paralysie générale juvénile produits par l'hérédo-syphilis ?

M. Joffroy va même plus loin et dit : « Puisqu'il n'y a qu'un petit nombre de syphilitiques qui deviennent paralytiques généraux ou tabétiques, nous devons admettre que ni le tabès, ni la paralysie générale ne sont des affections de nature syphilitique. »

Mais il y a bien peu de rhumatisants qui ont des complications cardiaques, la proportion de fréquence est plus petite que celle qui rattache la syphilis à la paralysie générale, et cependant la relation des affections cardiaques avec le rhumatisme passe pour indiscutable aujourd'hui, personne ne la conteste.

On a dit encore : « Si la syphilis était la cause réelle de la paralysie générale, elle devrait figurer dans les statistiques non pas dans des proportions de 25 à 80 %, mais pour la proportion de 100 % ; or, jamais les statistiques n'ont abouti à ce dernier chiffre. »

Mais d'abord, pour les lésions tertiaires les plus typiques

et ayant subi le contrôle du traitement spécifique, la syphilis manque bien plus souvent encore. — Dans une série de trente-six cas de gommes du voile du palais observés par M. Fournier, les antécédents faisaient défaut dans une proportion de 56 %. — D'autre part, dans une étude sur la fréquence des lésions tertiaires sans antécédents chez la femme, faite par notre ami Ch. Viannay, interne des hôpitaux de Lyon, pendant son séjour dans le service de M. Cordier, dans plus de la moitié des cas (52 %), l'interrogatoire ne révèle aucun antécédent spécifique. Là cependant, toutes les lésions observées présentaient des caractères pathognomoniques. — On pourrait donc en conclure que toute affection observée chez la femme et à l'hôpital, dans l'étiologie de laquelle on trouve la syphilis quarante fois % est d'origine syphilitique. Or, cette proportion est beaucoup plus grande dans l'étiologie de la paralysie générale.

En second lieu la variabilité des statistiques n'a pas de signification en l'espèce. Elle est tout naturellement explicable par des causes multiples que nous avons vues, à savoir la différence des milieux d'observation et la perspicacité de l'auteur. Tel excelle à dépister un imperceptible souffle cardiaque qui laissera échapper une syphilis que découvrira un syphiligraphe, et inversement.

La théorie de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'est, du reste, de l'aveu de ses plus déterminés partisans, qu'une étape devant conduire logiquement à une doctrine plus large, celle de l'étiologie toxi-infectieuse. Mais ces réserves faites, il est difficile de comprendre que l'on refuse toute autorité et toute valeur aux arguments appuyés de statistiques irrécusables sur lesquels est

fondée la théorie syphilitique de la paralysie générale. Et il est surtout bien étrange que les mêmes auteurs, qui se montrent si exigeants, si dédaigneux envers la syphilis, invoquent intrépidement, pour la paralysie générale, des causes autrement sujettes à caution, autrement hypothétiques. De quel faisceau de preuves, par exemple, M. Charpentier appuie-t-il sa conception de la paralysie générale due au tabagisme, à la suralimentation, au surmenage intellectuel ? En vertu de quels arguments triomphants, à défaut d'observations précises, MM. Mairet et Vires admettent-ils des paralysies générales séniles, arthritiques, alcooliques ?

A tous ces auteurs, nous rappellerons à côté de nos statistiques, les conclusions de la thèse du docteur Clerc :

« L'étiologie d'une maladie doit expliquer toutes les formes de cette affection ; or, l'hérédité pure, le surmenage, l'alcoolisme, les tendances congestives peuvent rendre compte de faits particuliers, ainsi que certaines affections, comme le saturnisme et la fièvre typhoïde ; mais ils ne peuvent expliquer les paralysies générales juvéniles, les paralysies conjugales, ni les paralysies générales produites par un véritable contag. La syphilis à elle seule, héréditaire ou acquise, peut être la cause de toutes les modalités de la paralysie générale. »

Quelle que soit la valeur de la syphilis comme cause de la paralysie générale, cette cause n'est cependant pas unique, et rejeter toute autre cause c'est retomber dans l'erreur commise au début par Essmark, puis par Kjelberg. Dans l'étiologie de la paralysie générale, il faut admettre, d'une part, une prédisposition cérébrale ou psychopathique, et, d'autre part, l'action de facteurs variés pouvant

jouer le rôle de causes déterminantes en dehors de la syphilis. Pendant ces dernières années, n'a-t-on pas publié, en effet, des paralysies générales consécutives à presque toutes les intoxications et toutes les infections ?

Depuis Delasiauve, en 1851, décrivant une paralysie générale saturnine, Magnus Huss, en 1852, la pseudo-paralysie générale alcoolique, jusqu'à Spillmann et Etienne, décrivant, en 1896, la paralysie générale consécutive à l'intoxication aiguë par les vapeurs d'aniline ; on a pu accuser avec raison la tuberculose, la goutte, l'arthritisme (Mairet et Vires), le diabète (Landenheimer), les traumatismes (Vallon, Meschede), la pellagre. On doit donc admettre qu'à la façon des poisons microbiens, les toxiques les plus divers, poisons chimiques (plomb, alcool), les poisons végétaux (maïs altéré) et même aussi les agents des auto-intoxications (poison gouteux) peuvent donner naissance, chez les prédisposés, à la méningo-encéphalite.

De tout ce qui précède, nous pouvons retenir ceci : la paralysie générale ne répond pas toujours à la même cause ; la plus fréquente de beaucoup, dans 80 % des cas au moins, c'est la syphilis seule ou le plus souvent associée : dans les 20 % des cas restants, on peut trouver les associations étiologiques les plus variées.

§ III. — *Lésions de la paralysie générale.*

La diversité des causes de la paralysie générale peut faire pressentir la variabilité des descriptions données par les auteurs des lésions trouvées à l'autopsie, et cette variabilité existe en effet.

Un coup d'œil rapide, jeté sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale, nous amènera à envisager la paralysie générale sous son vrai jour.

Depuis longtemps, deux théories principales sont en présence pour expliquer les lésions de la paralysie générale. La plus ancienne a été soutenue par Rokitansky, Salomon, Marcé, Magnan, Mendel, etc. Elle place le point de départ des lésions dans les vaisseaux d'où elles s'étendent à la névrogliose et enfin aux éléments nobles, aux cellules ; c'est la théorie interstitielle.

Une théorie plus récente tend au contraire à établir que les lésions des cellules nerveuses sont primitives et antérieures à celles des vaisseaux. Emise par Tuczek, adoptée par Zacher, Binswanger, Joffroy, Pievret, etc., elle constitue la théorie *parenchymateuse*.

Ces deux théories ont eu de nombreux défenseurs et, aujourd'hui encore, leurs partisans respectifs se donnent raison tour à tour.

En 1896, Coulon, dans un travail inspiré par Joffroy, fixe dans les cellules nerveuses les premières altérations de la paralysie générale. Le véritable phénomène morbide résiderait dans la souffrance de la cellule nerveuse, et cette irritation cellulaire déterminerait le phénomène de défense du tissu conjonctif.

En 1898, Ballet soutient que les lésions vasculaires sont les premières et commandent les autres. Il les a toujours trouvées, et les lésions cellulaires concomitantes de degré variable, leur sont subordonnées.

En présence de ces divergences, il est permis de se demander si le processus de la paralysie générale ne serait pas variable suivant les cas.

Ce serait l'analogie de ce qui se passe dans le foie, où, suivant la nature, l'intensité, la durée de l'intoxication, le parenchyme ou le stroma sont diversement frappés.

C'est, du reste, l'opinion émise par Klippel dans une monographie récente.

Pour lui, des processus anatomiques différents donnent lieu à la paralysie générale, pourvu que les lésions de ces processus divers aient pour caractère essentiel d'être diffusées dans l'encéphale tout entier : ce n'est plus la nature des lésions qui est constante, c'est leur siège.

Se basant sur les variétés des lésions histologiques, il classe les paralysies générales en trois groupes principaux :

1° *La paralysie générale inflammatoire ou forme classique.* — A l'autopsie, le cerveau s'affaisse sans consistance, l'encéphale est atrophié, la pie-mère épaissie avec plaques opalines (plaques d'arachnitis), les ventricules dilatés, leurs parois chagrinées, le liquide céphalo-rachidien augmenté en quantité. En arrachant la pie-mère surtout au niveau des lobes frontaux, on produit des érosions de la substance grise, érosions dues à des ilots de ramollissement superficiel ; au microscope, la substance grise et la substance blanche sont occupées par la diapédèse inflammatoire, les espaces lymphatiques sont élargis. Les cellules cérébrales se détruisent rapidement dans les couches supérieures de l'écorce, on trouve la tuméfaction trouble, la dégénérescence vitreuse, la dégénérescence scléreuse, etc., toutes ces altérations éparses et diffuses chez un même malade.

Avec la méthode de Golgi, on voit l'atrophie et la dis-

parition des nombreuses épines qui, à l'état normal, recouvrent les branches ramifiées du protoplasme des cellules, ainsi qu'une atrophie des organes de terminaison et des panaches de ces prolongements.

Une autre lésion importante de l'écorce, découverte par Tuczek avec le procédé d'Exner, est la destruction des tubes nerveux corticaux : ce sont surtout les fibres de la couche la plus superficielle de l'écorce (réseau d'Exner) qui sont détruites ; les autres le sont plus tardivement.

2° *Les paralysies générales associées* à d'autres lésions, ou encéphalites secondaires, c'est-à-dire sur lesquelles est venu se greffer le processus inflammatoire de la forme précédente. A l'autopsie, on peut trouver des gommes, des artérites à lésions spécifiques, des malformations congénitales.

3° *Les paralysies dégénératives* et parfois à lésions spécifiques : elles comprennent toutes les anciennes pseudo-paralysies générales.

Ici, les lésions inflammatoires font défaut. Il n'y a plus que des dégénérescences diffuses ou des lésions diffuses à caractères spécifiques. On peut y trouver des lésions scléro-gommeuses, des lésions de méningite tuberculeuse, la dégénérescence granulo-graisseuse des artérioles intra-cérébrales et des éléments nobles observée chez les alcooliques, les lésions des nerfs périphériques rencontrés chez les tuberculeux et les alcooliques, l'athérome des vaisseaux de la base, fréquent chez les arthritiques. Toutes ces formes dégénératives peuvent du reste rentrer ultérieurement dans le groupe des formes inflammatoires, dès

que le processus auto-toxique ou auto-infectieux viendra se surajouter et créera la diapédèse.

Raymond, en 1894, avait émis la même opinion pour la paralysie générale syphilitique : c'est une encéphalite vasculaire diffuse, dont la lésion peut rester localisée aux vaisseaux de l'écorce et de la pie-mère, ou bien descendre aux gros vaisseaux de la base : mais le sujet ne deviendra paralytique général que lorsque l'élément nerveux commencera à souffrir du mauvais état de son appareil de nutrition, à se scléroser, ce qui se produira après un temps variable suivant la plus ou moins grande solidité de l'élément nerveux qui dépend elle-même de plusieurs facteurs et surtout de l'hérédité.

En somme, la nature des lésions importe peu ; ce qui est plus important, c'est leur diffusion, qui contribue à amener la souffrance des couches superficielles de l'écorce cérébrale.

§ III. — *Conception actuelle.*

L'anatomie pathologique ne nous montre donc aucune lésion constante et invariable de la paralysie générale : des lésions différentes, mais de même siège anatomique, peuvent engendrer ses diverses formes cliniques. Mais une affection qui reconnaît des causes et un substratum anatomique variés, n'est plus une entité morbide distincte, c'est un syndrome.

Il n'y a pas plus lieu d'admettre une paralysie générale entité morbide qu'il ne serait logique de faire une

entité morbide de l'ascite ou de l'anasarque. Lasègue avait déjà vu cela et écrivait en 1853 : « La paralysie générale n'est point une espèce aussi définie que la plupart des médecins inclinent à le penser. »

D'un autre côté, réduire, comme on l'a fait ces dernières années, la paralysie générale à une agglomération de pseudo-paralysies générales, qui, elles-mêmes, considérées isolément, ne peuvent pas logiquement être prises comme unités cliniques, c'est compliquer bien inutilement la question. Comme l'a dit le docteur Pâris, au congrès de médecine mentale et de neurologie de Nancy (1896) : « Il n'y a plus de pseudo-paralysies générales, il n'y a que des syndromes paralytiques. »

La paralysie générale est donc un syndrome ne répondant pas toujours ni aux mêmes lésions, ni à la même étiologie. Ce syndrome traduit un trouble étendu des neurones de l'écorce cérébrale, trouble qui peut avoir comme causes des lésions diverses : lésions vasculaires, lésions conjonctives, lésions parenchymateuses primitives.

Ce qui fait la caractéristique de la paralysie générale, c'est, d'une part, la diffusion des lésions dans toute l'étendue de l'écorce cérébrale ; d'autre part, peut-être, leur siège histologique, par la prédominance au niveau de la couche la plus superficielle des fibres d'Exner.

Toute cause irritative agissant d'une façon très lente, mais continue sur l'écorce, peut aboutir à la paralysie générale (infections chroniques diverses, intoxications exogènes, variées, auto-intoxications, surmenage, traumatisme, etc.). Parmi toutes ces causes, celle qui est le facteur de beaucoup le plus fréquent, sinon essentiel, c'est la syphilis ; mais au moins, dans un très grand

nombre de cas, elle n'agit pas seule, elle est aidée des autres causes précédemment citées. Dans un très petit nombre de cas, ces causes peuvent même, à elles seules, déterminer le syndrome : paralysie générale.

CHAPITRE II

Nature des rapports entre la Syphilis et la Paralyisie générale. — La Paralyisie générale est une affection syphilitique vraie et non para-syphilitique.

L'importance du facteur étiologique syphilis étant admise comme cause déterminante de la paralysie générale dans la très grande majorité des cas, les divergences d'opinion apparaissent de nouveau lorsqu'il faut interpréter le rôle de la vérole dans la genèse de cette affection.

Pour les uns (Mendel, Mac Dowall, Goldsmith), la syphilis peut produire directement la paralysie générale. Certains même, tels que Kjelberg, affirment, à tort comme nous l'avons vu, que la paralysie générale ne se développe que chez les syphilitiques.

Pour Erb et Strumpell, la syphilis peut faire éclore, dans les centres nerveux, deux sortes de lésions : les unes procédant directement du virus spécifique, évoluant rapidement et susceptibles de disparaître sous l'influence

du traitement mercuriel ; les autres ne présentant aucun caractère histologique qui permette de reconnaître leurs rapports avec la syphilis et résistant à tout traitement spécifique. Ces dernières sont vraisemblablement les produits d'une intoxication chronique causée par les toxines que sécrètent les bacilles de la syphilis. C'est la théorie des toxines syphilitiques de Strumpell, théorie séduisante au premier abord. Mais pourquoi faire intervenir dans une doctrine de pathogénie la toxine d'un microbe qu'on n'a jamais vu, dont on ne saurait encore, si vraisemblable soit-elle, affirmer l'existence, et en tous cas dont on ne peut comparer l'action à celle du bacille de la diphtérie, comme l'ont fait ces auteurs.

Pour les autres, la paralysie générale est d'origine, d'ordre syphilitique, mais non de *nature* syphilitique, et elle doit être rangée dans la classe des affections dites para-syphilitiques. Nous abordons ici la doctrine du professeur Fournier qui, dès son apparition, a été acceptée par la majeure partie des aliénistes et dont le retentissement a été énorme en France. Plusieurs de ses partisans ont même exagéré ses idées, et contribué à donner au terme de para-syphilitique une signification plus absolue que celle conçue dans l'esprit de son créateur.

En quoi consistent donc les affections para-syphilitiques et quels sont leurs caractères ? Voici leur définition telle que nous l'a donnée Fournier, dans son *Traité* de 1894 :

« Les affections para-syphilitiques composent une part et une part importante de l'entité morbide, dite syphilis. A aucun titre et sous aucun prétexte, on ne saurait les distraire du cadre de la syphilis, car c'est elle qui leur sert de cause première et de facteur originel, c'est elle qui en

est responsable étiologiquement. Elles se rattachent à la syphilis comme les rameaux à la souche.

« Mais deux caractères principaux établissent, ou disons mieux, semblent établir une ligne de démarcation bien tranchée entre les affections syphilitiques proprement dites et les affections para-syphilitiques.

« 1° D'une part, en effet, les affections para-syphilitiques ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, tandis que les accidents syphilitiques proprement dits ne dérivent jamais que de la syphilis, reconnaissent toujours et fatalement la syphilis comme facteur originel. Pas de plaque muqueuse, par exemple, sans syphilis antérieure. Tout au contraire, le tabès, la paralysie générale, la neurasthénie, les malformations natives, etc., que la syphilis s'approprie si fréquemment au titre de manifestations para-syphilitiques, peuvent également se produire en dehors et indépendamment de tout antécédent de syphilis, de toute tare syphilitique.

« 2° D'autre part, les affections para-syphilitiques ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure de potassium comme le sont les affections syphilitiques vraies, c'est-à-dire que le mercure et l'iodure n'exercent pas sur elles, comme sur les autres déterminations usuelles de la syphilis, cette action répressive et curative si manifeste, si intense, si rapide qu'on a pu la donner comme un véritable critérium de spécificité syphilitique.

« Or, la paralysie générale d'origine syphilitique, d'une part identique aux paralysies générales d'autre origine, et d'autre part rebelle au traitement spécifique, rentre à ces deux titres dans la catégorie des curieux états morbides

dont l'étude nous occupe actuellement, elle peut être dite, en définitive, une affection para-syphilitique. »

Eh bien, tout en acceptant entièrement le premier argument en faveur de l'appellation para-syphilitique, nous rejetons complètement l'argument tiré de la thérapeutique, et nous prétendons que le terme de para-syphilitique est impropre, nuisible par ces conséquences, et que rien n'autorise une pareille distinction.

Ce terme de para-syphilitique a empêché, en effet, nombre de médecins, pendant ces dernières années, d'instituer à la paralysie générale un traitement rationnel, dirigé contre ses causes, puisqu'il implique par définition l'impossibilité de sa guérison ou même de son amélioration. La création de la classification para-syphilitique a eu peut-être quelques avantages au point de vue théorique ou, mieux, didactique ; au point de vue pratique, elle n'a eu que de fâcheuses conséquences, et c'est ce que nous voudrions empêcher. On nous dira qu'il s'agit là surtout d'une question de mots, mais ce mot a une importance énorme, il est gros de conséquences. Bien des idées émises dans le *Traité des affections para-syphilitiques* montrent, du reste, que, pour le professeur Fournier, la délimitation n'était pas si rigoureuse que l'ont voulu quelques-uns de ses partisans.

« (1) Le fait de ne pas guérir, écrit-il, par les agents
« antisypilitiques, n'implique en rien pour un symptôme,
« pour une lésion, la qualité non syphilitique, la prove-
« nance non syphilitique de ce symptôme ou de cette

(1) *Affections para-syphilitiques*, page 9.

« lésion. L'incurabilité par le traitement spécifique n'est
« en rien l'équivalent de la non spécificité syphilitique. »

Et plus loin (1) : « On a eu le tort, le grand tort de
« vouloir renfermer toute l'anatomie pathologique de la
« syphilis dans un certain cadre, de l'assujettir tout
« entière à un certain type de lésions. Qu'est-il arrivé ?
« C'est que ce cadre a bien pu, à un moment donné,
« contenir tout l'acquis scientifique d'une époque, mais
« que plus tard, de par les progrès de la science, il a été
« débordé. Et nous en sommes là précisément :

« Le processus anatomo-pathologique de la paralysie
« générale n'est pas déjà si éloigné, si différent de celui
« des lésions spécifiques, puisqu'il consiste, au moins
« pour certains auteurs des plus autorisés, en des altéras
« tions vasculaires suivies d'une prolifération conjonctive
« interstitielle, laquelle aboutit, en définitive, à une
« véritable sclérose névroglique corticale. Car chacun
« le sait, les altérations vasculaires et les scléroses sont de
« processus essentiellement familiers à la syphilis et
« constituent même pour elle un mode anatomique des
« plus communs. »

Voilà qui se rapproche singulièrement de ce que nous dirons tout à l'heure, et déjà nous pouvons entrevoir qu'il n'y a pas de délimitation anatomique possible entre les affections syphilitiques vraies et les affections para-syphilitiques, puisque les limites du cadre des lésions, dites actuellement syphilitiques, nous sont inconnues.

Depuis quelque temps, du reste, un changement s'est fait dans l'opinion de certains auteurs sur la conception de

(1) Pages 192 et 193.

la para-syphilis, changement hostile à la doctrine du professeur Fournier, et nous nous proposons ici de réfuter les arguments donnés plus haut, en suivant le chemin déjà tracé par ces auteurs.

M. Leredde, à la séance du 6 février dernier, s'exprimait ainsi, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie :

« Sous la dénomination commune d'affections parasymphilitiques, on range des faits de deux ordres qui semblent de nature tout à fait dissemblable.

« On peut grouper d'une part l'hystérie, la neurasthénie et une série de troubles nerveux qui sont relativement rares chez les syphilitiques et qu'on rencontre bien plus souvent à la suite de toutes les variétés d'infection et d'intoxication. La syphilis ne paraît jouer ici que le rôle de cause occasionnelle.

« D'autre part, on peut réunir toute une classe de maladies, telles que le tabès, la paralysie générale, la leucoplasie linguale, qui frappent à peu près exclusivement les syphilitiques. — 90 % au moins des tabétiques ont la vérole et, en outre, n'admet-on pas de plus en plus que nombre de tabétiques sont améliorés, parfois guéris, par le traitement mercuriel.

« Il semble donc que toutes les affections rangées dans cette deuxième catégorie et dites improprement parasymphilitiques, ont non seulement une origine syphilitique, mais encore sont elles-mêmes de nature syphilitique. Cette rectification, si elle était plus généralement admise, n'aurait pas seulement un intérêt théorique, elle aurait aussi une portée thérapeutique considérable. Il est probable, en effet, qu'une proportion beaucoup plus grande des malades

qui sont atteints de pareilles affections bénéficieraient d'un traitement spécifique, si celui-ci était appliqué d'une façon plus constante et avec plus de régularité et de conviction. »

Et à la séance du 6 mars dernier, M. Leredde, rapportant un cas de tabès guéri par le traitement antisypilitique, ajoute : « Il importe que la question soit reprise et résolue dans l'intérêt de grand nombre de malades. »

A sa suite, M. Vérité dit qu'il ne comprend pas ce que peut être une affection para-syphilitique. On ne peut édifier une classification nosologique sur les résultats d'une médication, surtout lorsqu'il n'y a que des degrés dans l'action de cette médication.

Même opinion exprimée par M. le docteur Devay, à la Société de Médecine de Lyon, dans la séance du 5 février dernier. Il a constamment vu la paralysie générale modifiée par un traitement spécifique intensif et s'élève contre la doctrine de la para-syphilis.

C'est principalement dans ce but thérapeutique, nous aussi, que nous tenons à montrer la fausseté de la division para-syphilitique, et, pour cela, nous allons prouver que ni l'anatomie pathologique, ni la clinique, ni la thérapeutique n'autorisent cette distinction.

1° *L'anatomie pathologique.* — On a commis et on commet encore quelquefois l'erreur de croire que la lésion syphilitique est caractérisée par une production spécifique, de même qu'on croyait autrefois le tubercule spécifique de la tuberculose. C'est là une erreur évidente.

Congestion simple, œdème, lésions vasculaires, lésions conjonctives plus ou moins aiguës, lésions d'inflammation

chronique interstitielle, sclérose, dégénérescence parenchymateuse, la syphilis est capable de tout produire. On pourrait en varier les exemples à l'infini. A la période secondaire, c'est la roséole maculeuse constituée par des îlots d'hypérémie, avec un léger degré d'exsudation, — puis l'infiltration œdémateuse des muqueuses, du périoste, l'œdème des séreuses articulaires, — à la période tertiaire, ce sont les syphilides ulcéreuses détruisant le tissu conjonctif, c'est la nodosité infiltrant le voile du palais qui bientôt l'ulcère et le perfore, c'est la périartérite et surtout l'endartérite oblitérante précédant souvent la dégénérescence nécrotique des cellules dont l'infiltration compacte forme la gomme, — ce sont enfin les cloisons fibreuses et denses sillonnant par exemple le foie syphilitique, puis la dégénérescence amyloïde des cellules emprisonnées dans ces loges scléreuses.

Les lésions de la syphilis sont donc essentiellement polymorphes; et on ne peut leur reconnaître d'autre caractère que leur variété et leur diffusion. Aussi, de ce que les lésions de la paralysie générale ne rentraient pas dans le type des lésions connues jusqu'à ce jour et dites spécifiques, il n'est pas permis de conclure que la paralysie générale n'est pas syphilitique. Bien plus, entre les lésions tertiaires aiguës et chroniques, il n'y a pas de ligne de démarcation nette; entre la gomme et l'inflammation interstitielle la plus chronique, on trouve toutes les transitions formant une progression régulière.

Prenons pour exemple les lésions syphilitiques de la moelle. Au degré le plus chronique, nous trouvons le tabès combiné avec lésions vasculaires et conjonctives à évolution très lente; à l'autre bout de la série, la méningo-

myélite aiguë syphilitique avec lésions vasculaires aiguës et infiltration interstitielle par des amas de cellules rondes. Entre les deux, il y a toute une série de lésions intermédiaires servant de transition. Dans la méningo-myélite embryonnaire diffuse de MM. Gilbert et Lion, forme la plus aiguë de la syphilis médullaire, on trouve une infiltration embryonnaire de la moelle et de ses enveloppes avec lésions artérielles aboutissant souvent à l'oblitération et au ramollissement aigu de la moelle. Lorsque la marche de l'affection est moins rapide, se fait par poussées successives, les lésions diffèrent avec l'ancienneté des cas. Dans les formes récentes, la pie-mère est épaissie, infiltrée de petites cellules rondes, souvent groupées en amas ; ses capillaires servent de centre d'infiltration, à tel point qu'ils présentent par endroits, sur la coupe, comme de véritables nodules embryonnaires ; dans la moelle, l'infiltration se propage en suivant le trajet des prolongements conjonctifs et des vaisseaux, et peu à peu les éléments se détruisent par suite de la compression résultant de la prolifération cellulaire et par suite de l'ischémie.

Telle est la myélite aiguë syphilitique, la forme la plus aiguë de la série des lésions syphilitiques médullaires.

A l'autre extrémité de la série, nous trouvons la myélite chronique et le tabès combiné. Là, les lésions sont essentiellement chroniques et consistent en altération des vaisseaux, sclérose conjonctive, névroglique et dégénérescence des faisceaux nerveux, dégénérescence surtout marquée au niveau des cordons postérieurs et du faisceau pyramidal.

Entre la myélite aiguë syphilitique, forme la plus élevée dans l'échelle des lésions, et le tabès combiné, forme la

plus basse, on peut trouver tous les intermédiaires, toutes les transitions. C'est, par exemple, la myélite syphilitique d'Erb, avec paraplégie spasmodique ; ce sont ensuite les lésions syphilitiques localisées, myélite transverse, gomme, etc. Or, si la forme la plus élevée, la myélite syphilitique aiguë, touche aux formes les plus nettement caractérisées des lésions dites syphilitiques, la forme la moins élevée, la plus chronique, touche nettement aux affections para-syphilitiques.

En effet, au point de vue histologique, la myélite aiguë syphilitique n'est autre chose que de l'infiltration gommeuse ; ses lésions sont assez caractéristiques pour qu'un histologiste n'hésite pas à reconnaître leur origine. A l'autre bout de la série, avons-nous dit, on touche aux lésions para-syphilitiques.

En effet, entre les lésions du tabès combiné et les lésions du tabès pur, on pourrait assez facilement trouver des termes de transition, en particulier dans les lésions médullaires qui s'observent assez souvent chez les paralytiques généraux. La conclusion de tout cela, c'est que parlant des lésions dites para-syphilitiques, on peut s'élever par transition insensible jusqu'à la lésion gommeuse la plus nettement syphilitique. — Il n'y a donc, au point de vue anatomo-pathologique, aucune ligne de démarcation nette entre la lésion para-syphilitique et la lésion dite syphilitique.

Tout ce que nous avons dit de la moelle peut s'appliquer à l'encéphale. On pourrait également établir une série ininterrompue partant de la méningo-encéphalite interstitielle diffuse et s'élevant progressivement jusqu'à l'infiltration gommeuse la plus caractéristique. On retrouvera

ces exemples de transition dans le travail de Raymond (*Archives de Neurologie*, janvier 1894).

Par l'étude de trois observations longuement analysées, avec autopsies et coupes histologiques, il montre que la lésion de la paralysie générale syphilitique présente des rapports intimes avec des lésions qu'on reconnaît actuellement comme sûrement syphilitiques. Partant des deux formes connues, de méningo-myélite syphilitique, l'une gommeuse, l'autre diffuse embryonnaire, il montre que la lésion de la paralysie générale syphilitique est à la gomme méningo-encéphalique, ce que la méningo-myélite embryonnaire est à la méningo-myélite gommeuse.

Ce qui sépare les affections para-syphilitiques des affections syphilitiques vraies, ce n'est donc pas la nature des lésions : mais c'est la façon dont elles sont produites par le virus syphilitique. Tandis que les lésions syphilitiques les plus caractéristiques sont produites par un virus très actif, agissant d'une façon rapide, les lésions chroniques dites para-syphilitiques sont vraisemblablement produites par un virus très atténué agissant lentement et longuement.

Pour bien faire comprendre notre pensée, prenons un point de comparaison avec ce qui se passe pour la tuberculose.

L'infection tuberculeuse peut produire toute une série de lésions : l'inflammation aiguë, la granulation tuberculeuse et le tubercule, les inflammations interstitielles et scléreuses, la dégénérescence parenchymateuse. Comme exemple, étudions les lésions de la tuberculose hépatique :

« Là, dit Chauffard, les différences d'allure des lésions ne peuvent se comprendre que si, partant de la pathogénie,

on cherche comment se comportent, vis-à-vis l'un de l'autre, l'agent nocif producteur de la cirrhose et le foie, terrain organique de la réaction anatomique provoquée. Avant tout, il faut tenir compte de la nature plus ou moins gravement nocive de l'agent cirrhogène, ainsi que du mode et de la durée de son action sur le foie. »

En effet, à côté du foie granuleux et des lésions dégénératives allant jusqu'à la stéatose de la cellule hépatique, nous voyons une cirrhose spéciale, le foie ficelé tuberculeux. Et expérimentalement on a pu reproduire ces lésions chez le cobaye, en inoculant des bacilles de Koch plus ou moins virulents. L'inoculation de bacille humain très virulent chez le cobaye, non seulement engendre des tubercules dans le foie, mais encore, provoque des lésions de nécrose, de stéatose, de coagulation. Le bacille d'origine oviaire, moins virulent, est plus particulièrement sclérogène, et Hanot et Gilbert ont pu obtenir chez le cobaye un véritable foie ficelé tuberculeux expérimental.

De même Widal et Besançon ont pu produire la cirrhose expérimentale du foie chez le cobaye, par inoculation intra-péritonéale de quelques gouttes de pus d'abcès froid, provenant d'une vieille femme de soixante-seize ans. Le bacille était bien ici d'origine humaine, mais d'une virulence doublement atténuée par sa nature (abcès froid) et par le grand âge du sujet de qui il provenait.

La cirrhose tuberculeuse peut donc être regardée comme la conséquence d'une infection de l'organisme par des bacilles qui, dans l'échelle de virulence du bacille de Koch, occupent, eu égard à l'homme, une place peu élevée.

Il en est de même pour l'action de la syphilis. Si le poison syphilitique est très virulent, il produit des lésions

aiguës, spécifiques ; au contraire, s'il est peu virulent, il agit lentement et produit des lésions très chroniques ; c'est chez la femme, dont la syphilis est le plus souvent maligne et à marche rapide, que survient presque toujours, parfois dès les premiers mois de l'infection, l'ictère grave de la période secondaire, due à une hépatite aiguë, diffuse et nécrosante, tuant la cellule hépatique. Dans la syphilis tertiaire de l'adulte, au contraire, au bout de longues années, nous voyons s'installer insidieusement le foie scléro-gommeux avec des déformations atrophiques, sa sclérose et ses cicatrices rubanées ou stellaires qui lui ont valu le nom de foie ficelé.

En ce qui regarde l'encéphale, on pourrait de même trouver toute une gamme de lésions répondant au degré de plus ou moins grande virulence et au degré d'action plus ou moins longue.

C'est parfois dès les premiers temps de la période secondaire que se déclare la myélite aiguë syphilitique : la durée d'incubation de la méningo-encéphalite chronique est au contraire de plusieurs années, dix à quinze ans en moyenne. Et ses lésions étant essentiellement des lésions de sclérose diffuse, doivent, pour être conformes à ce que nous venons de dire, non seulement provenir d'un virus agissant lentement, mais aussi d'un virus faible, d'un poison syphilitique atténué. N'a-t-on pas remarqué, en effet, depuis longtemps, que le plus souvent, pour ne pas dire toujours, la syphilis des paralytiques généraux était une syphilis d'apparence bénigne.

Dès 1889, Morel-Lavallée fait observer ce rôle de la graine, cette influence de la bénignité de la syphilis qui fait qu'on n'en retrouve que très rarement les traces sur

la peau ou ailleurs. Et ce rôle de la qualité du virus ne peut être nié lorsqu'on lit les observations rapportées par lui de plusieurs individus contractant la syphilis à la même source et devenant plus tard paralytiques généraux.

D'autre part, la paralysie générale est beaucoup plus rare chez la femme ; la proportion serait de une femme pour huit hommes, d'après Krafft-Ebing ; or, la syphilis est, d'une façon générale, plus grave chez elle ; la femme est plus sujette que l'homme aux gommès, aux nécroses, nez en lorgnettes, perforation du frontal, etc... C'est cette gravité, cette trop grande virulence qui la préserve, dans une certaine mesure, de la paralysie générale. De même, chez l'homme, on observe très rarement des paralytiques généraux porteurs de ces traces indélébiles de syphilis graves. Ce ne sont pas les grands syphilitiques, ceux chez lesquels la vérole se manifeste avec un luxe d'accidents, qui paient, tant à la paralysie générale qu'au tabès, le plus lourd tribut ; c'est au contraire le cas de ceux chez lesquels la contamination nous semble douteuse, tant les accidents primitifs ont été superficiels et brefs.

La qualité du virus syphilitique a donc son importance dans la pathogénie de la paralysie générale ; sa plus ou moins grande virulence et sa plus ou moins grande rapidité d'action nous expliquent aussi que, même lorsque la paralysie générale est nettement d'origine syphilitique, ses lésions ne sont pas les mêmes, la syphilis frappant primitivement tantôt le système vasculaire et lymphatique (artérite, arachnitis), tantôt le tissu conjonctif et la névroglie, tantôt enfin l'élément nerveux.

C'est pour cela, d'ailleurs, qu'il y a en tant de dis-

cussions sur la nature et les lésions de la paralysie générale ; tous les auteurs partisans de la théorie interstitielle ou parenchymateuse primitive avaient raison, mais chacun d'eux avait le tort d'être trop exclusif.

Une autre raison, fournie par l'anatomie pathologique, nous conduit encore à repousser la nature para-syphilitique de la paralysie générale et du tabès : c'est la coïncidence, chez le même sujet de ces affections, avec des lésions syphilitiques vraies, en d'autres termes l'existence d'accidents tertiaires nettement spécifiques chez un paralytique général ou un tabétique. Le docteur Et. Martin, médecin adjoint à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, observait dernièrement une poussée secondotertiaire chez un paralytique général. Fournier lui-même (1) nous rapporte le cas d'un paralytique général, porteur de lésions gommeuses — et bien qu'il prétende que ce soit une coïncidence exceptionnelle, comment expliquer cette duplicité d'affections à la fois syphilitiques et para-syphilitiques chez le même sujet. Où pourrait-on alors fixer la limite des accidents syphilitiques vrais et celle des accidents para-syphilitiques ?

Nous ne voyons donc, en anatomopathologie, aucune raison qui puisse autoriser à admettre l'existence d'affections para-syphilitiques, il n'y a que des lésions syphilitiques vraies.

2° *La clinique.* — En refusant à la vérole un rôle actif dans la genèse de la paralysie générale, on a été amené à grouper, sous le nom de pseudo-paralysie générale syphilitique, des complexus symptomatiques,

(1) FOURNIER. — *Semaine Médicale*, 1901, page 229.

rappelant la physionomie de la paralysie générale vraie, mais s'en différenciant aussi par quelques caractères. C'est surtout Fournier, en 1879, qui a vulgarisé cette opinion chez nous, opinion qui existait déjà en Allemagne et en Angleterre.

Tous les partisans de ses idées ont cherché, après lui, à noter des caractères différentiels des pseudo-paralysies générales, soit dans les antécédents la phase prémonitoire et le début de la maladie, soit surtout dans la symptomatologie.

Le début serait brusque et non lointain, insidieux, précédé de changements dans l'état moral, le caractère. Puis on noterait souvent l'absence de délire des grandeurs, la prédominance de la femme dépressive, la fréquence des paralysies partielles, une démence moins complète, une évolution plus longue.

Du côté de la parole, pas d'hésitation avant l'émission du son, pas de soulèvement de la commissure labiale, tremblement de la langue et des lèvres en masse, et non vermiculaire, parole bredouillante et non hésitante. Faciès vultueux, non démentiel. Mais tous ces signes sont inconstants, ils existent souvent dans la paralysie générale vraie des mêmes auteurs, qui admettent alors les formes les plus variées ; de plus, ce ne sont pas des signes spéciaux, ce sont des nuances, de simples degrés dans l'échelle si variée de la symptomatologie de la paralysie générale, nuances insuffisantes pour permettre un diagnostic clinique différentiel.

Aussi, c'est surtout en se basant sur la curabilité de certains cas de paralysie générale que ces auteurs étaient arrivés à admettre l'existence d'une fausse paralysie géné-

rale, différant de la vraie par la possibilité de sa guérison par le traitement spécifique.

En admettant, avec ces auteurs, qu'il y a des cas complexes de syphilis cérébrale qui peuvent donner le syndrome paralysie générale, il y a, comme nous le verrons plus loin, des cas de paralysie générale avérée qui peuvent s'amender et même guérir temporairement par le traitement spécifique, et, dès lors, la curabilité ne peut être un motif de créer la classe des pseudo-paralysies générales. Cette curabilité, loin de constituer, pour ces cas, un type nosologique spécial, est un argument de plus en faveur de notre thèse, c'est une preuve manifeste de la nature syphilitique, dans bien des cas, de la démence paralytique.

Il n'y a donc pas de pseudo-paralysie générale même dans le sens atténué donné à ce terme par Fournier, qui en fait une forme de syphilis cérébrale se rapprochant comme ensemble clinique et comme physionomie de la paralysie générale vraie ; il n'y a que des syndromes paralytiques répondant à des lésions variées mais toujours syphilitiques de l'encéphale.

Dans la paralysie générale syphilitique, l'altération pourra porter, en premier lieu, sur les vaisseaux de l'écorce cérébrale et de la pie-mère ; elle pourra s'y cantonner ou descendre l'arbre vasculaire et atteindre les grosses artères et les grosses veines de la base et parfois y affecter la forme gommeuse. Dans tous ces cas, le sujet atteint d'encéphalite diffuse ne deviendra paralytique général que lorsque l'élément nerveux commencera à être atteint. Mais, en tout cas, la clinique ne nous permettra jamais d'affirmer, au début et même à la période d'état, si la lésion est suscep-

tible ou non de guérir, ou, ce qui est identique, si elle appartient à la syphilis ou à la para-syphilis.

Il n'y a donc aucun motif en clinique non plus pour appeler la paralysie générale para-syphilitique.

3° *La thérapeutique* enfin, en nous montrant l'efficacité du traitement antisypilitique sur la paralysie générale, nous prouve l'inutilité et la non existence de la distinction des affections para-syphilitiques. Cette raison suffirait à elle seule pour prouver que la paralysie générale syphilitique est bien de nature vraiment spécifique. L'étude du traitement de la paralysie générale par la médication antisypilitique fera l'objet de notre troisième chapitre.

CHAPITRE III

Traitement de la Paralyse générale par les injections de calomel.

La méthode de traitement des accidents syphilitiques par les injections mercurielles est due à Scarenzio, de Pavie (1860), et elle a été expérimentée en France depuis 1864 ; elle est donc loin d'être nouvelle.

Bien peu de médecins cependant l'ont employée dans le traitement de la paralysie générale, et, jusqu'en 1896, nous ne connaissons pas d'auteurs ayant publié des résultats obtenus par cette méthode, s'ils l'ont employée. C'est en vain qu'on cherche à la voir signaler dans les traités de thérapeutique même récents. A. Robin, dans le traitement rationnel de la paralysie générale, qu'il formule dans le bulletin général de thérapeutique du 23 avril 1901, n'en parle pas.

La plupart des auteurs qui songeaient ou même croyaient à l'origine syphilitique de la paralysie générale se contentaient d'instituer le traitement antisypilitique ordinaire,

frictions mercurielles et iodure, traitement nettement insuffisant.

Leur insuccès a été, pour les uns, une cause de rejeter la nature syphilitique de la paralysie générale ; pour les autres, plus nombreux, un motif d'en faire un accident para-syphilitique. Quantité d'aliénistes enfin, rejetaient d'avance le traitement spécifique, persuadés de son inutilité, puisqu'ils avaient affaire à une affection para-syphilitique, et c'est là, comme nous l'avons vu, le résultat malheureux de la doctrine de Fournier.

Depuis 1896, le docteur Devay, alors médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu, a appliqué à la plupart de ses paralytiques généraux, systématiquement, un traitement spécifique intensif : injections de calomel et iodure à hautes doses. — Les résultats obtenus ont été publiés dans plusieurs numéros de l'*Echo Médical de Lyon* et dans les rapports médicaux annuels de l'asile de Saint-Jean-de-Dieu. — Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, il a vu la paralysie générale presque constamment modifiée par cette médication. Notre maître, le docteur Roux, a également administré, systématiquement et uniquement, les injections intra-musculaires de calomel à tous les paralytiques généraux qu'il a observés en clientèle ou à l'hôpital pendant ces dernières années.

Avant de donner les résultats obtenus, nous dirons quelques mots du manuel opératoire employé, des accidents, des contre-indications et des avantages de cette méthode.

§ 1^{er}. — *Injectons de calomel.*

L'étude complète de l'histoire, de la technique et du mode d'action des injections de calomel a été faite dans de nombreuses publications et de nombreuses thèses de ces dernières années (1) ; aussi, serons-nous très brefs à ce sujet ; nous nous contenterons de dire la façon dont nous avons procédé, et ce qu'il nous a été donné d'observer.

1^o *Manuel opératoire.* — Nous nous servons d'une seringue de Pravaz stérilisable de 1 centim. cube. L'aiguille est en platine iridié, peut par conséquent se chauffer au rouge blanc sans s'altérer, et est d'un calibre assez gros pour laisser passer facilement une solution huileuse tenant une poudre en suspension.

La préparation dont nous nous servons est la suivante :

Calomel à la vapeur	0,05
Orthoforme	0,05
Huile de vaseline	1 ^{cc}

Elle est renfermée dans un tube de verre stérilisé et fermé à la lampe, dont on brise une extrémité seulement

(1) CAIRE. — *Thèse de Montpellier*, 1887.

LE RAY. — *Thèse de Paris*, 1887.

CHEMINADE. — *Thèse de Bordeaux*, 1889.

BERTRAND DE GORSSE. — *Thèse de Paris*, 1900.

au moment de s'en servir, et après avoir agité fortement le contenu.

Ces ampoules, préparées par M. Ducher, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, offrent une sécurité complète au point de vue de l'asepsie et ont, en plus, la facilité de pouvoir être transportées facilement en ville, même dans une trousse de poche (1).

Après désinfection soignée de la région, nous avons toujours fait les injections profondément en plein muscle.

Comme lieu d'élection, après avoir employé la fossette de Smirnoff dans la région rétro-trochantérienne, nous avons choisi la fosse iliaque externe — l'endroit précis de l'injection est un point situé à cinq centimètres en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure et à trois travers de doigt au-dessous du rebord de la crête iliaque. — L'aiguille est enfoncée perpendiculairement à la peau de deux à trois centimètres au moins, suivant l'embonpoint du sujet, autant que possible *jusqu'à l'os* ; puis l'injection est poussée lentement et pénètre, par conséquent, en pleine épaisseur du moyen et du petit fessier.

En procédant ainsi, nous avons observé moins souvent la gêne de la marche, et la formation de nodules indurés.

(1) Voici la façon dont sont préparées les ampoules de calomel dans le laboratoire de M. Ducher :

Le calomel est lavé à l'alcool, puis finement pulvérisé et mélangé à de l'huile de vaseline bien neutre, dans la proportion de 0.05 centig. par centimètre cube. Ce mélange est stérilisé à l'autoclave à 115° pendant un quart d'heure. On laisse refroidir, on ajoute 0.05 d'orthoforme par cent. cube, et on distribue dans les tubes stérilisés. Ces tubes ont 10 millimètres de diamètre et une capacité de deux cent. cubes environ. Ils sont fermés à la lampe et leur extrémité est arrondie : ce dispositif a son importance, on évite ainsi le dépôt du calomel dans l'effiluré des tubes, et l'émulsion se faisant par simple agitation, conserve son homogénéité.

comme il s'en produit dans l'épaisseur de la fesse. L'injection est répétée en moyenne tous les huit à dix jours, et le traitement est suspendu après une série de six injections au moins.

2° *Inconvénients.* — Comme toute méthode, la méthode de Scarenzio a eu ses détenteurs, et les accidents survenus à sa période d'essai, soit par une faute de manuel opératoire, soit par l'emploi de doses trop fortes, ont donné de bons arguments à ses adversaires. Depuis quelques années cependant, les accidents publiés sont de plus en plus rares, et nous croyons qu'on peut les éviter en s'entourant de précautions. A côté des inconvénients propres à toute médication mercurielle, la méthode de Scarenzio a certainement quelques inconvénients qui lui sont propres, mais ces inconvénients sont largement compensés par ses avantages.

La douleur occupe certainement le premier rang parmi les reproches faits aux injections de calomel : c'est l'inconvénient le plus souvent signalé dans les statistiques des auteurs. Portalier, sur quatre cents injections profondes, note douze fois une douleur insupportable, soixante-douze fois vive, cent cinquante-cinq fois moyenne, facilement tolérable, cent quarante-neuf fois légère, douze fois nulle.

Pour Mauriac et Thibierge, la douleur est constante. Avec Michel et Roche, mille deux cent quarante-deux injections n'ont provoqué que sept fois une vive douleur ayant duré huit jours, tandis que l'injection passe quelquefois inaperçue.

Mais ici, plus qu'ailleurs, les statistiques ont un défaut : l'affection dont est atteint le malade joue un rôle énorme

dans la production de la douleur. Nous n'avons jamais vu un tabétique dont la sensibilité profonde est émoussée, se plaindre des injections de calomel. Chez un syphilitique rhumatisant, au contraire, et, par conséquent, déjà souffrant, les injections de calomel sont le plus souvent douloureuses. Il faudrait donc, dans les statistiques, indiquer l'affection du malade traité.

Chez les paralytiques généraux, comme dans les cas de syphilis cérébrale, il est rare que la douleur fasse totalement défaut. Mais elle est ordinairement modérée, de courte durée, disparaissant vite par le repos au lit.

Nous n'avons jamais rencontré la zone « analgésique tolérante » de MM. Maratto et Charpentier, située à 4 cent. du sillon interfessier entre deux plans horizontaux passant par l'anus et l'articulation sacro-coccygienne. Ces auteurs sur 160 injections n'auraient jamais observé la douleur. (Communication à la Société de Neurologie le 13 mars 1902).

L'association de l'orthoforme au calomel rend l'injection indolore au début pendant cinq à six heures au moins (1). Puis la douleur apparaît de suite, ou seulement au bout du premier jour, s'irradiant parfois à toute la jambe et amenant un peu de gêne dans la marche. Comme acuité, cette douleur est, du reste, très variable chez le même sujet, pour les injections successives : quand elle existe, elle est le plus souvent très tolérable durant un jour ou deux. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on observe une

(1) Nous n'avons jamais observé aucun accident dû à l'association de l'orthoforme. Cette méthode avait été employée par M. Danlos en 1899, puis abandonnée par lui. Mais M. Danlos employait 0,08 d'orthoforme par injection. — Nous n'avons jamais dépassé la dose de 0,05.

douleur vive empêchant le sommeil et motivant un refus de la part du malade une fois amélioré. Loin de faire le vide dans un service, comme l'a prétendu Besnier, les injections de calomel, faites à la dose de 0,05 et comme nous l'avons indiqué, sont au contraire une véritable méthode « de traitement ambulatoire », et le plus grand nombre des malades les réclament spontanément.

Au point de vue local, la réaction à l'endroit de la piqûre est très faible, d'autant plus faible que la piqûre est faite plus rapprochée de l'os iliaque. Parfois, on peut sentir, à la palpation à ce niveau, un empatement un peu douloureux ou, au bout de plusieurs mois, un petit point d'induration, mais jamais le nodule inflammatoire observé presque constamment à la suite d'injections hypodermiques de sels insolubles. Quant aux abcès, à la fièvre, aux escarres, aux embolies capillaires, nous n'en avons jamais observé, et nous croyons qu'on peut les éviter par une asepsie minutieuse.

Parmi les inconvénients communs à toute médication hydrargyrique, l'accident que nous avons eu le plus souvent est la stomatite. Jamais d'intoxication aiguë ou d'intoxication à distance, c'est-à-dire se produisant longtemps après.

Toutes les stomatites observées ont été bénignes par suite des précautions de propreté de la bouche prises chez les malades en traitement ; elles ont cédé rapidement au gargarisme chloraté et aux applications de teinture d'iode. M. le docteur Devay, moins heureux, a eu, sur trois cent dix injections, trois cas de stomatite gangréneuse ; la dose employée par lui est de 0,10 par injection ; chez les sujets à dentition mauvaise, on doit, du reste, commencer par

soigner la bouche, avant de faire les injections de calomel.

3° *Contre-indications.* — On a mis, au nombre des contre-indications, le grand âge, la cachexie, l'idiosyncrasie, le mauvais état de la bouche, l'état variqueux des membres, l'albuminurie et l'insuffisance hépatique.

Pour nous, elles sont de deux sortes :

D'une part, lorsque l'examen du malade permet d'affirmer qu'il est trop tard, que les injections ne peuvent avoir aucun effet, il vaut mieux s'abstenir.

D'autre part, lorsqu'il existe des lésions concomitantes hépatiques ou rénales très étendues, les injections de calomel sont dangereuses. Aussi, devra-t-on toujours examiner les urines avant de commencer la médication, c'est le plus sûr moyen de ne pas avoir d'accident. Au cas d'albuminurie légère, on pourra même encore les essayer timidement, comme nous l'avons fait chez un de nos malades, chez lequel nous soupçonnions de la syphilis rénale, et dont l'albumine a constamment diminué sous l'influence du calomel (Observation II).

La plupart des néphrites mercurielles observées par les autres auteurs, ont, du reste, toujours cédé au régime lacté.

4° *Avantages.* — Le grand avantage des injections intramusculaires de calomel, est l'absorption sûre, rigoureusement dosée d'une quantité déterminée de mercure, sans porter aucune atteinte à l'intégrité des voies digestives, absorption produisant une action rapide et constante. Nous les croyons supérieures aux autres prépara-

tions. « L'oxyde jaune et surtout l'huile grise ne jouissent que d'effets thérapeutiques notablement inférieurs à ceux du calomel » (Fournier). Les injections de sels solubles (benzoate de mercure, hermophenyl, etc.) doivent, pour être actives, être renouvelées tous les deux jours. Quant aux frictions mercurielles, elles sont nettement insuffisantes.

Les injections de calomel sont indiquées dans tous les cas où il faut agir vite et frapper fort ; elles constituent une méthode merveilleuse contre les accidents cérébraux de la syphilis. Et, sans être taxés d'exagération, nous croyons pouvoir dire que c'est à elles que reviennent les meilleurs résultats thérapeutiques dans le tabès et la paralysie générale, affections contre lesquelles la syphilothérapie ordinaire est impuissante.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(M. le docteur Roux)

Paralysie générale. — Injections de calomel en novembre et décembre 1900. — Amélioration complète persistant depuis février 1901.

A..., âgé de 45 ans, vu pour la première fois le 21 novembre 1900.

Aucun antécédent héréditaire.

Lui-même jouissait d'une très bonne santé, était excessivement robuste ; nie absolument la syphilis.

Il y a quatre ans, il aurait eu pendant quelques jours des idées noires et un peu de délire ; il y a un an, il a commencé à se plaindre de faiblesse et de raideur des jambes. En même temps, il perdait la mémoire, avait parfois des accès d'irritation et, à d'autres moments, tendance à rire sans motifs. Depuis plusieurs mois, il ne sortait pas, avait parfois des étourdissements, se sentait entraîné en avant ; il lui arrivait même de tomber, sans perdre connaissance cependant.

.

A l'examen, fait le 21 novembre 1900 :

Démarche nettement spasmodique, raideur et contracture assez marquée des deux membres inférieurs.

Exagération très marquée des réflexes rotuliens et achilléens.

Trépidation épileptoïde très marquée.

Conservation de la force musculaire ; pas d'incoordination motrice, ni troubles trophiques, ni troubles des sphincters.

Exagération considérable de tous les réflexes du membre supérieur.

Tremblement des membres supérieurs étendus. Ecriture tremblée. (Voir Planche I.)

Rien du côté des muscles de la face. Embarras de la parole assez caractéristique. Mémoire affaiblie.

Tendance à la satisfaction, sans idées délirantes.

Traitement : Pendant six semaines, on lui fait toutes les semaines une injection de 0,03 à 0,06 de calomel. La dernière piqûre est faite au commencement de janvier.

A ce moment, le malade n'accuse aucune amélioration, et les piqûres sont interrompues.

Le 12 février, le malade est revu ; il s'est produit une très grande amélioration à tous les points de vue.

L'état mental est revenu normal ; la mémoire est parfaite, le sommeil excellent, la marche n'a plus le caractère spasmodique, l'hypertonus est beaucoup moins marqué ; mais il a toujours l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde.

L'écriture est devenue normale.

Depuis cette époque, jusqu'en décembre 1901, il a été fait quatre séries de six piqûres chacune, séparées par six semaines de repos.

L'amélioration a été progressive.

Actuellement, le malade se trouve dans l'état suivant :

20 mars 1902. — La démarche est facile et sans raideur ; il n'y a pas de contracture, le tonus est presque normal ; les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu exagérés ; mais il n'y a plus de trépidation épileptoïde.

Il n'y a plus de tremblement des mains, pas d'embarras de

la parole, aucun trouble du côté de la musculature de la face ; plus de vertige ; mémoire et intelligence absolument intactes. Etat général parfait.

En somme, la *guérison actuelle* peut être considérée comme absolument complète.

OBSERVATION II (*Personnelle*)

Paralysie générale au début. — Sclérose rénale. — Cardio-Sclérose. — Crises d'excitation et crises convulsives. — Injections de calomel commencées en décembre 1900. — Amélioration complète persistant depuis février 1901.

F... Joseph, mineur, âgé 32 ans, est amené à la Charité le 23 décembre 1900, à la suite d'une crise d'excitation violente. Son père est mort d'affection inconnue, sa mère vivante et bien portante, ainsi que deux de ses sœurs. Une troisième sœur, issue d'un second lit, a eu des crises vers l'âge de cinq ans, et enfin une quatrième est en parfaite santé.

Depuis l'âge de 12 ans, il exerce la profession de mineur et aurait fait quelques excès alcooliques.

Il a contracté la syphilis en 1881, est resté à cette époque un mois et demi à Saint-Pothin à Lyon, en est sorti bien guéri, mais depuis n'a jamais fait aucun traitement.

Il a fait un séjour de deux mois à l'Hôtel-Dieu pour palpitations de cœur et a eu alors sa première attaque de délire de persécution qui a motivé une première entrée à la Charité. Rendu à la liberté après une huitaine de jours d'observation, il est resté parfaitement calme jusqu'à la semaine passée. A ce moment, c'est-à-dire le 20 décembre, crise d'excitation avec accès de violence. Une seconde crise le 20 décembre, où il a essayé de serrer le cou à plusieurs personnes ; auparavant il aurait eu de nombreuses crises convulsives avec chute, écume aux lèvres, perte de connaissance.

Dans ses dernières crises d'excitation, hallucinations paraissant porter sur l'ouïe et la vue ; ses nuits étaient peuplées d'hommes, de femmes, d'animaux. Le jour de son entrée, il est très agité, proclame qu'il est Dieu, qu'il peut guérir tout le monde ; il a encore des idées délirantes. Dieu lui a dit qu'il était son fils et lui a donné le pouvoir de faire des miracles ; il ne se plaint pas d'être persécuté, personne ne lui en veut.

A l'examen, la marche et la station debout sont normales ; pas de modification par l'occlusion des yeux.

Les réflexes rotuliens sont un peu exagérés, le réflexe plantaire diminué se fait avec flexion des orteils ; pas de tremblement des membres inférieurs. Réflexes un peu exagérés aux membres supérieurs ; pas de troubles de la sensibilité ; léger tremblement de la langue ; exagération du réflexe masséterin. Inégalité pupillaire légère, la pupille droite est plus dilatée que la gauche. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation ; pas de paralysie de la musculature externe de l'œil. Champ visuel normal.

Au cœur, la pointe bat dans le sixième espace en dehors de la ligne mamelonnaire, on sent à la pointe un léger frémissement paraissant systolique. Au niveau du quatrième espace, sur le bord gauche du sternum, souffle diastolique doux, disparaissant dans les changements de position et par l'accélération du cœur. — Il n'y a d'ailleurs ni choc en dôme, ni signe périphérique d'insuffisance aortique.

Arythmie. — Langue légèrement saburrale ; rien autre du côté du tube digestif ; rien aux poumons.

Traces de syphilis pigmentaire. Urines : disque mince d'albumine ; épais disque d'urates.

29 décembre. — D'après la feuille remplie par le malade, écriture nettement tremblée. (Voir Planche II.) Jusqu'à avant-hier, il a été tranquille. Depuis deux jours, il a de l'excitation, chante, pleure, crie et s'est même jeté sur l'infirmier. Il a des idées de grandeur, dit être le bon Dieu et très puissant.

Actuellement, il se rend compte de l'endroit où il se trouve.

Perte considérable de la mémoire.

On fait une injection de calomel, 0,05.

31 décembre. — Le malade est resté tranquille, n'a pas déliré. Il répond bien aux questions qu'on lui pose, se rend

compte qu'il a déliré et se souvient avoir eu des hallucinations visuelles et auditives, « une voix chantait dans sa tête, il voyait la dame blanche ».

8 janvier. — Seconde injection de calomel.

28 janvier 1901. — Le malade est très calme, ne présente plus aucun phénomène délirant. On le transfère à l'Hôtel-Dieu de Bellevue.

A l'examen fait le 23 janvier, la mémoire et l'intelligence paraissent moins atteintes. L'exagération des réflexes a diminué aux membres inférieurs seulement. Le tremblement de l'écriture a disparu ; l'inégalité pupillaire a diminué.

Au cœur, deuxième bruit, un peu exagéré à la base. Toujours souffle diastolique extra-cardiaque. Très légère hypertension artérielle. — Persistance de l'albuminurie. — Retard dans l'élimination du bleu de méthylène.

1^{er} février. — Malgré l'albuminurie, on fait une injection de 0,05 centigrammes de calomel, injection qui resta douloureuse pendant plusieurs jours. Régime lacté.

14 février. — L'amélioration continue ; pas d'exagération du deuxième bruit ; pas d'hypertension.

13 mars. — Amélioration considérable. L'albumine n'existe plus qu'à l'état de traces. Au cœur, souffle mésosystolique ; endapexien variable.

Cauchemars la nuit.

28 mars. — Encore des traces notables d'albumine. Nouvelle injection de calomel douloureuse au bout du troisième jour.

29 mars. — A midi, brusquement, le malade perd connaissance et tombe. Quelques mouvements cloniques agitent sa face et ses membres, puis il se relève très obnubilé et ne se souvenant plus de ce qui s'est passé. Pas de cri initial ; pas d'aura ; pas de morsure de la langue ; coma consécutif.

D'après la mère, le malade prenait des crises fréquentes depuis quatre ans, et ces crises augmentaient de nombre sous l'influence de l'alcoolisme aigu.

3 mai. — L'albumine a considérablement diminué.

17 mai. — On fait des injections de benzoate de mercure à la place de celles de calomel, assez douloureuses chez ce malade.

Injections les 17, 19 et 21 mai.

L'albumine a presque totalement disparu.

31 mai. — Nouvelle injection de calomel, toujours douloureuse.

4 juillet. — L'amélioration persiste. Les réflexes rotuliens et olécraniens sont encore un peu exagérés.

Le pouls est hypertendu. Le deuxième bruit est exagéré au niveau du bord gauche des troisième et quatrième espaces.

12 juillet. — Le malade sort, ne se plaignant plus que de dyspnée d'effort.

4 octobre 1901. — Il rentre à l'hôpital après trois mois d'absence, n'ayant suivi aucun régime, mais n'ayant pu travailler à cause de l'oppression. Il aurait eu deux nouvelles crises épileptiformes.

Actuellement, il se plaint de perte des forces, de céphalée habituelle avec cauchemars et insomnies.

L'état général est satisfaisant.

A l'examen somatique nerveux, exagération marquée des réflexes rotuliens et achilléens.

Réflexes plantaires en flexion. Réflexes tendineux du membre supérieur légèrement exagéré. Pupilles inégales.

Léger affaiblissement de la mémoire. Pas de tremblement des doigts étendus. — Au cœur, souffle diastolique de la base, sans signes périphériques d'insuffisance aortique. Pouls ample, assez tendu. Disque assez épais d'albumine.

Le malade est mis au régime lacto végétarien, et l'albumine diminue lentement.

16 octobre. — Chute et perte de connaissance, sans mouvements convulsifs.

24 octobre. — Injection de calomel.

6 novembre. — Encore léger disque d'albumine. Mêmes signes au cœur.

Nouvelle injection.

25 février 1902. — L'état du malade reste stationnaire. L'albumine n'a jamais disparu complètement. Les crises épileptiformes sont plus rares sous l'influence du bromure.

Toujours dyspnée d'effort, empêchant le malade de reprendre son travail. — Hypertension artérielle — 20 au sphygmomanomètre.

Cette Observation est instructive non seulement au point de vue de la rétrocession des symptômes de méningo-encéphalite à la suite des injections de calomel, mais aussi au point de vue de leur influence heureuse sur l'albuminurie. Comme le montrent les deux analyses suivantes, faites par M. Ducher, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, l'albumine avait presque disparu dans les premiers mois du traitement.

Analyse d'urine du 2 février 1901 :

Volume.	2130 c. c.
Densité.	1,010
Réaction.	acide faible
Urée.	20,80
Acide phosphorique.	1 g. 587
Albuminurie	traces
Sucré.	néant

Analyse du 23 mars 1901 :

Volume.	2625 c. c.
Densité.	1010
Réaction.	acide faible
Urée.	22,92
Acide phosphorique.	2,25

Albumine.	traces
Sucre.	néant

Cette diminution notable de l'albumine sous l'influence du traitement mercuriel nous a fait songer à une lésion spécifique du rein ; malheureusement le malade n'a jamais voulu se soumettre à un traitement suivi par les injections de calomel, parfois très douloureuses chez lui. L'albumine n'a jamais disparu complètement sous l'influence du régime lacté ; elle a même augmenté avec la cessation des piqûres de calomel.

Voici l'analyse des urines du 2 février 1902 :

Volume.	2250
Densité.	1015
Urée.	20 gr.
Acide phosphorique. . .	2,13
Sucre.	0
Albumine.	0,648 pour le volume.

Actuellement, les lésions rénales, lésions probablement cicatricielles, commencent à avoir un léger retentissement sur le cœur, et empêchent le malade de quitter l'hôpital pour reprendre son travail ; mais tous les symptômes cérébraux ont disparu.

OBSERVATION III

(MM. BRUNON ET ROUX)

Paralysie générale ayant débuté en 1897. — Quinze injections de calomel en 1901. — Amélioration considérable.

R..., industriel de Firminy, 52 ans. Antécédents nerveux dans sa famille.

Personnellement a toujours été nerveux, violent, emporté, avec idées bizarres.

Présente une déviation de la face, avec abaissement de la commissure de la lèvre inférieure gauche. C'est un surmené qui a fait des excès de travail, de boissons, de veilles, et des excès génésiques. Nie la syphilis.

Le 10 décembre 1897, ictus épileptiforme. A ce moment, on constate de l'artériosclérose, le malade a des vertiges, du tremblement de la langue et des mains. On pense à un début de paralysie générale devant présenter une marche plus rapide.

Dans la suite, le malade a été revu plusieurs fois pour des coliques violentes s'étendant à tout l'abdomen. Il avait un liseré bleuâtre sur les gencives inférieures, et a été traité pour coliques de plomb, bien qu'on n'ait pu retrouver l'origine de l'intoxication. A peine amélioré, le malade reprend sa vie et ses excès.

Le 30 avril 1898, nouvel ictus, et quelques heures après, en présence du médecin, il a une crise nettement épileptiforme.

Le malade ne se remet que très lentement, va faire une saison à Saint-Gervais.

Depuis, il a présenté progressivement, mais avec des périodes de rémission :

Diminution de la mémoire, tremblement des membres. Quelques idées délirantes passagères. Affaiblissement progressif.

A la fin de 1900, les tremblements s'accroissent ; l'état

général est très mauvais. Le malade est si affaibli qu'il fait venir le médecin chez lui.

A l'examen, fait en janvier 1901, on constate : diminution légère de la mémoire, intelligence peu atteinte, mais parfois accès d'excitation surtout nocturne.

A l'examen somatique :

Exagération de tous les réflexes tendineux. — Trépidation épileptoïde. — Hypertonus. — Tremblement des mains étendues. — Léger tremblement dans les mouvements intentionnels. — Tremblement de l'écriture. — Secousses convulsives dans les muscles de la face. — Tremblement de la langue. — Embarras de la parole.

Le malade a eu autrefois quelques accidents sphinctériens, disparus maintenant.

Le 4 février, on fait la première injection de calomel, renouvelée tous les huit jours.

Dès la troisième, grande amélioration, et depuis cette époque le malade a eu quinze injections. Il a passé l'hiver dans le Midi.

Actuellement (mars 1902), la parole est toujours trainante, mais tous les autres symptômes sont manifestement améliorés ; plus de tremblement des mains ni de l'écriture, plus de vertige ; la force et les idées sont revenues normales.

Depuis un mois, le malade a repris son travail, fait des voyages sans fatigue, s'occupe activement de son commerce.

En somme, amélioration très considérable. Le malade reconnaît lui-même que les injections de calomel l'ont remis dans un état inconnu à lui depuis six ans.

OBSERVATION IV

(M. le docteur Roux).

Paralysie générale au début. — Amélioration rapide par les piqûres de calomel.

M... P.-R., 53 ans, vu pour la première fois le 2 décembre 1901. Il a toujours joui d'une bonne santé, était un peu buveur. Marié deux fois, il a eu de sa première femme deux enfants bien portants ; de sa deuxième femme, ni enfant, ni fausse couche. Les troubles mentaux ont commencé au mois de juillet par de la tristesse et de la dépression. En même temps, diminution progressive de la mémoire et de l'intelligence.

A un premier examen, il présentait de la dépression mélancolique, de vagues idées de persécution, un peu d'agitation, surtout nocturne, une diminution nette, quoique peu considérable, de la mémoire et de l'intelligence.

L'examen somatique donnait les signes suivants :

Exagération des réflexes rotuliens. — Tremblement des mains. — Ecriture un peu spasmodique. — Embarras de la parole.

Traitement : Une piqûre de 0,03 à 0,06 de calomel tous les huit jours.

L'amélioration a été très rapide ; la dépression mélancolique a disparu au bout d'une dizaine de jours ; la mémoire et l'intelligence sont revenues intactes au bout d'un mois.

17 mars. — Il a eu une dizaine de piqûres ; va très bien. — Etat mental actuellement normal. — Les troubles de la motilité, l'embarras de la parole et le tremblement de la langue ont disparu ; seuls, les réflexes persistent exagérés.

OBSERVATION V

(M. le docteur Roux.)

Début de paralysie générale, amélioré rapidement par les injections de calomel.

M... O.-L., 35 ans. Rien de particulier dans les antécédents personnels ou héréditaires. Nie la syphilis. Pas d'alcoolisme. Début de la maladie actuelle au mois de juillet 1901.

Les premiers symptômes remarqués par sa femme ont été de l'embarras de la parole. En même temps, apparurent des crises convulsives. Ces crises atteignaient la face, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; elles duraient environ deux minutes. Pendant les crises, il ne pouvait plus parler, mais ne perdait pas connaissance. A plusieurs reprises, les convulsions se sont étendues aux bras et à la jambe d'un seul côté du corps, mais tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Jamais il n'y a eu de perte de connaissance ni d'émission d'urine ou de morsure de la langue. A la même époque, la marche fut troublée, elle était mal assurée ; le malade était forcé de se pencher en avant. Sa mémoire diminuait et il fut obligé de cesser ses occupations. Il n'a pas eu de délire, ne maigrissait pas, avait de l'insomnie.

Tous ces troubles s'accrochèrent peu à peu ; les crises devinrent plus fréquentes, se renouvelant à peu près deux fois par semaine. Au premier examen, en décembre 1901, on note, au point de vue mental, une émotivité exagérée, de la dépression, une légère diminution de la mémoire et de l'intelligence.

L'examen somatique révèle :

Exagération de tous les réflexes tendineux. — Embarras très marqué et caractéristique de la parole. — Tremblement de la langue. — Secousses convulsives très marquées dans les muscles de la face. Inégalité pupillaire.

Traitement : Piqure de calomel tous les huit jours. L'amélioration a été immédiate. Les crises convulsives cessèrent au bout d'un mois.

Au 15 février, on note que la mémoire est devenue intacte; l'embarras de la parole a beaucoup diminué.

Au 8 avril, il n'a plus eu de crises convulsives, sauf quelques secousses musculaires dans la jambe gauche, les réflexes rotuliens sont toujours exagérés, plus à gauche qu'à droite.

Encore quelques secousses convulsives dans les muscles de la face.

Plus d'embarras de la parole.

A côté de ces malades traités et améliorés uniquement par les injections de calomel, nous rapportons les Observations de quelques malades soumis, à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, au traitement mixte. Tous ces malades ont été soumis à des injections de calomel (0,10 par quinzaine), pendant une période plus ou moins longue, puis à l'iodure de potassium à doses progressives. Nous n'envisagerons pas le rôle de l'iodure dans le traitement de la paralysie générale, étude trop longue et diversement interprétée. Nous rapportons simplement ces Observations comme témoignages de l'action curative du traitement spécifique sur la démence paralytique.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le docteur DEVAY.)

Démence paralytique ayant débuté en 1897. — Amélioration et sortie de l'asile à deux reprises.

V... Charles, avocat, âgé de 40 ans, entre, le 28 avril 1898, à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu.

Il a contracté la syphilis pendant son service militaire et a eu la « fièvre cérébrale » au mois de mai 1897, à la suite de la

mort de son père. Puis, il a fait un séjour de quatre mois à la maison de santé du docteur Binet, où il était considéré comme lypémaniaque et est sorti guéri en septembre. M. le docteur Rebatel avait émis l'opinion d'une paralysie générale probable.

Retour des symptômes depuis une quinzaine de jours. — Le malade est amené avec un certificat portant : paralysie cérébrale, accès de folie furieuse.

Il se dit empereur, a 300 millions de rente ; me nomme maréchal de France avec le nom de Mac-Donald ; me donne la main de sa sœur avec 100 millions de dot. Au milieu de son délire mégalomane, il demande si on ne peut pas lui prêter 100 francs pour ce soir. Il change de ton pour faire cette demande.

Il a ensuite un accès d'agitation extrême, casse tout, se promène dans les salles d'un pas très vif, en sifflant. — Il arrête son sifflement pour débiter ses titres, ses richesses, ou bien pour dire : « Petit frère, détache-moi. »

Etat physique : pas de troubles pupillaires ; pas d'anonnement ; pas de tremblement de la langue.

Mémoire conservée, aussi bien des faits passés que des faits actuels.

10 mai. — Injection de calomel de 0,10 ; potion iodo-odurée.

Juillet. — Agitation continuelle. — Incohérence. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Mégalomanie : à un cheval de 18 mètres de hauteur. — Mémoire conservée.

Signes physiques de paralysie générale.

Août. — Période de calme relatif.

On continue les injections de calomel tous les quinze jours.

1^{er} septembre. — Agitation.

Octobre. — Etat physique meilleur. — Le malade, retenu au lit avec des liens, nuit et jour, depuis deux mois, semble plus calme. — On le délivre de ses liens.

10 octobre. — Il est calme et raisonne assez bien.

Est encore satisfait de lui-même.

Se plaint de douleurs intestinales avec diarrhée produite par la potion iodée.

16 octobre. — Il est anxieux, se croit perdu. — A peur d'être damné. — Il demande à ne pas coucher seul dans une chambre, ayant de vives terreurs.

Novembre. — Idées d'indignité ; il ne guérira pas ; ne sortira pas d'ici ; ne peut pas manger, etc. Etat physique bon.

Décembre. — A toujours peur d'être contagieux. Ne peut s'occuper à aucune lecture ou travail. Se plaint de l'iodure. Prétend ne rien pouvoir manger.

27 décembre. — Léger tremblement fibrillaire de la langue. Inégalité pupillaire.

On supprime l'iodure de potassium.

Janvier 99. — Hallucinations de l'ouïe. — Dieu lui parle pour lui dire qu'il est perdu. — Il est incapable de se distraire. — Reste à réfléchir.

10 janvier. — Devient de plus en plus difficile à nourrir. Aussi a-t-il maigri d'un kilog. en quinze jours.

30 janvier. — Accès d'hypochondrie avec crainte de la mort imminente. — Ce délire est sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe. (Dieu lui défend de manger.) Et aussi de la vue. (Il fuit la mort.) En fixant un endroit de la pièce, il dit : « La voilà ! »

8 février. — Disparition presque complète du délire hallucinatoire. — Il est calme et a l'air de vouloir reprendre la vie générale.

L'amélioration s'accroît pendant le mois de mars, et le malade sort à peu près guéri le 17 avril 1899.

7 juin. — Il est ramené à l'asile. — Le malade a perdu son fils unique il y a quinze jours, de tuberculose suraiguë. — Sa femme l'a quitté pour faire un traitement de cinq semaines à Aix. Sa mère est dans un état d'excitation très voisin de la folie.

Il a eu dans la soirée du 6 juin une crise syncopale dans les lieux d'aisances, puis une crise d'excitation violente avec cris.

Arrêté par les agents, il a été conduit d'abord chez un pharmacien, puis à la maison de santé.

Le matin il était calme, gémissait sur son retour, mais disait n'avoir pas souvenir des faits qui ont précédé sa rentrée. Son état mental paraît meilleur qu'à sa sortie.

Les pupilles sont inégales, mais réagissent assez bien à la lumière. — Encore quelques tremblements fibrillaires de la langue. — Pas d'annoncement ; l'écriture est plus lisible.

18 juin. — Pas de troubles de la parole.

Pupilles inégales. La gauche réagit bien à la lumière ; la droite, moins bien, elle est déformée. Tremblement fibrillaire de la langue sur les bords, pas aux lèvres, très peu aux mains. Réflexes rotuliens diminués, surtout à droite. Se plaint parfois de douleurs ostéocopes dans les tibias.

Etat mental : peut-être un peu trop de satisfaction de lui-même. — Mémoire complète. — Conscience parfaite.

On laisse sortir le malade, qui continuera chez lui le traitement spécifique.

Il rentre le 10 août 1899.

Au début du mois d'août, il a été pris d'une série d'attaques épileptiformes pendant trois jours, accompagnées de délire hallucinatoire de la vue et de l'ouïe, avec accès de fureur et quelquefois accès de religiosité.

A son arrivée, large escarre sacrée avec soulèvement épidermique du dos et de la plante du pied

On reprend les injections de calomel.

Septembre. — Le malade ne délire plus. Il lui reste la crainte de subir un interrogatoire médical.

22 septembre. — Crises épileptiformes, se répétant à peu près toutes les deux heures.

Novembre. — Le malade est agité, très halluciné. — Retour de la mégalomanie.

Décembre. — Accès d'agitation nécessitant l'isolement.

Mars 1900. — Période plus calme ; mais le malade refuse absolument les injections de calomel.

3 avril. — Délire des richesses: Il gagne 1.800 francs par semaine.

1^{er} mai. — Se plaint de tousser. — L'examen des poumons révèle des craquements humides aux deux sommets en arrière et dans le creux sous-claviculaire gauche.

On donne de l'huile de foie de morue créosotée.

Juin. — Son état d'excitation nécessite son passage à la salle des agités. Il est absolument incohérent.

Août. — Amaigrissement. — Diarrhée abondante. — Même état mental.

10 août. — Fièvre continue. — Augmentation de la toux. — Expectoration muco-purulente.

20 août. — Plus de diarrhée. — Moins de fièvre. Même délire mégalo-maniaque. — Mémoire nette. — Pas de troubles de la parole. — Pas d'inégalité pupillaire. — Doigts hippocratiques.

Octobre. — Affaiblissement progressif.

8 novembre. — Mort par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VII

Publiée par M. le docteur DEVAY, dans le Rapport médical de l'Asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu (année 1900).

G..., cultivateur, entré le 5 juin 1899.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Fracture du crâne il y a vingt ans, laissant une cicatrice déprimée. Syphilis certaine.

Angine de poitrine diagnostiquée par deux médecins de Roanne. En dernier lieu, contrariétés de famille.

Pas d'habitudes alcooliques.

Certificat du docteur Chevalier, de Roanne :

Paralysie générale avec tendance au délire de persécution.

Passe ses jours et ses nuits à genoux, implorant son pardon, et croit qu'on va le guillotiner.

A l'entrée : le malade est triste, parle seul par moments, semble répondre à des voix, se met à genoux pour implorer quelqu'un et gémit. La mémoire, surtout celle des faits récents, est très mauvaise. Les pupilles inégales réagissent inégalement à la lumière et à l'accommodation.

Tremblement fibrillaire des lèvres, de la langue, des extrémités digitales. Pas d'annoncement.

Traitement spécifique : Injection de calomel 0,10 par quinzaine et iodure de potassium à doses progressives, prolongé jusqu'en septembre.

Septembre. — Gingivite mercurielle ; suspension des injections.

Octobre. — Etat de confusion mentale et d'hypocondrie.

Gémit et pleure souvent. Les hallucinations visuelles et auditives paraissent moins continues. La mémoire des faits récents et contemporains paraît meilleure. Mêmes symptômes physiques.

Novembre. — Amélioration notable. S'occupe, essaie de rendre service. Pleure encore lorsqu'on l'interroge.

Décembre. — Même état mental. L'inégalité pupillaire est plus difficile à mettre en évidence.

Janvier 1900. — Rechute. Le traitement spécifique est continué.

Février. — Entérite aiguë. Suppression du traitement.

Mars, Avril, Mai. — Amélioration.

29 mai. — Sort en état de rémission, avec conscience complète de son état.

Les symptômes physiques se traduisent simplement par une légère inégalité pupillaire et un peu de tremblement des mains.

Mars 1902. — Le malade n'est jamais revenu à l'asile et l'amélioration persiste encore.

OBSERVATION VIII

Début de Paralyse générale en janvier 1901. — Amélioration par le traitement spécifique persistant depuis le 30 octobre.

C..., vannier, âgé de 46 ans, est amené à la Charité, à la suite d'une crise d'excitation maniaque, le 22 janvier 1901. Sans antécédents héréditaires, il a fait lui-même des excès alcooliques et a contracté la syphilis à 28 ans,

Les troubles mentaux ont débuté il y a quelques semaines ; il était extrêmement agité avant son entrée et a lutté contre les agents qui l'ont arrêté.

A l'examen fait le lendemain de son arrivée, il présente une excitation légère, un peu de diminution de la mémoire et de l'intelligence. Son visage exprime la joie ; il parle avec volubilité, n'a rien à se reprocher.

A l'examen somatique, le réflexe rotulien et les réflexes du membre supérieur sont exagérés, les mains étendues tremblent.

Rien à la face.

D'après la feuille remplie par le malade, l'écriture est un peu tremblée.

On pose le diagnostic d'excitation maniaque symptomatique d'un début de Paralyse générale, et l'on fait deux injections de calomel de 0,05, en attendant que le malade soit transféré à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu, le 4 février.

Pendant son séjour à l'asile, le malade a été soumis au traitement ioduré à doses progressives.

Il est sorti le 30 octobre, présentant un amendement complet de tous les troubles observés, et en état de reprendre son travail.

Cette guérison persiste actuellement.

OBSERVATION IX

Paralysie générale ayant débuté en janvier 1901.

Amélioration actuelle considérable.

B. P., coiffeur, âgé de 34 ans, entre à la Charité de Saint-Etienne le 24 mai 1901. Son père buvait et est mort d'une hémorrhagie cérébrale.

Personnellement, il a fait des excès alcooliques à l'âge de 18 ans; à 19 ans, il a eu un chancre syphilitique traité par des pilules pendant un mois seulement.

Marié à 28 ans, sa femme fit une fausse couche de six mois, puis eut un enfant actuellement bien portant.

L'affection actuelle aurait débuté il y a trois mois environ par du tremblement des mains qui gênait considérablement le malade pour sa profession de coiffeur, par des idées de grandeur avec diminution de la mémoire et de l'intelligence.

A son arrivée : légère excitation, idées de satisfaction et de grandeur, diminution de la mémoire et de l'intelligence.

Examen somatique : Réflexes rotuliens exagérés et inégaux; réflexes achilléens exagérés. Tremblement des mains très marqué. Réflexe olécranien exagéré du côté gauche. Ecriture tremblée et spasmodique avec omission de syllabes. Embarras de la parole, tremblement de la langue. Secousses convulsives très marquées des muscles de la face. Réaction pupillaire intacte. Hypertonus musculaire.

Examen viscéral négatif.

Urines sans albumine.

Injection de calomel 0,05.

Le malade passe à Saint-Jean-de-Dieu au mois de juin.

On continue les injections de calomel pendant les deux premiers mois, puis on donne l'iodure de potassium à doses progressives.

Nous avons revu ce malade à l'asile au mois de mars 1902, les troubles psychiques et somatiques ont à peu près complètement disparu, l'état général est bon, et bientôt il pourra sortir en état de reprendre son métier.

OBSERVATION X

Paralysie générale ayant débuté en décembre 1900. — Amélioration persistant depuis le mois de septembre 1901.

B..., cocher, âgé de 40 ans, entre à la Charité de Saint-Etienne le 6 mars 1901. Une tante maternelle aliénée.

Personnellement : petite vérole dans son jeune âge. Chancres à la verge à l'âge de 17 ans, soigné pendant trois mois ; il n'a jamais, depuis, constaté d'accidents ni secondaires, ni tertiaires. Depuis quatre à cinq ans, excès éthyliques prononcés : deux litres de vin et cinq à six absinthes par jour. Début des troubles mentaux, il y a environ trois mois, par de l'excitation générale ; achats et ventes inconsidérés ; idées de satisfaction.

Depuis son entrée, état ininterrompu d'excitation maniaque. Il parle, chante, écrit toute la journée ; ses chants et ses écrits sont incohérents.

A l'examen, le malade répond assez bien aux questions qu'on lui pose, mais la mémoire est affaiblie.

Les réflexes rotuliens sont inégaux, affaiblis à droite, diminués à gauche. Tremblement des doigts, les mains étendues. Pupilles inégales, plus dilatées à gauche. Signe d'Argyll-Robertson. Langue légèrement saburrale.

Urines sans albumine.

Deux injections de calomel à huit jours d'intervalle.

Passé à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu le 21 mars 1901, il a été soumis au traitement ioduré intensif et a eu une injection de 0,10 au début.

Il est sorti de l'asile avec amendement complet de tous les signes, le 13 septembre 1901, et cette amélioration persiste en mars 1902.

CONCLUSIONS A TIRER DES OBSERVATIONS

Il est incontestable, dans toutes les Observations données, qu'un grand nombre de paralytiques généraux sont très souvent améliorés, parfois guéris au moins temporairement, peut-être définitivement, par le traitement mercuriel intensif. Vu le nombre de ces améliorations, il est impossible de songer à des rémissions spontanées de la maladie, nos Observations ayant été choisies parmi les cas restreints observés à Saint-Etienne ou dans les environs pendant deux années seulement. Quantité d'autres paralytiques généraux éprouvent du reste une amélioration moins longue ou le plus souvent incomplète, et nous avons passé tous ces cas sous silence.

Dans les résultats publiés ces dernières années par M. le docteur Devay, nous trouvons également une proportion considérable de malades améliorés par le traitement spécifique.

En 1898, sur trente cas traités à l'asile, huit sont sortis améliorés ou en état de rémission que l'on a pu considérer comme une guérison temporaire. Le docteur Devay ajoute :
« La guérison s'est maintenue pour tous depuis plus de six mois et devra se maintenir si les malades veulent continuer le traitement que nous leur avons indiqué. Alors

même que la guérison ne se maintiendrait pas, objection qui peut nous être faite puisque notre méthode n'est pas appliquée depuis un temps assez long, nous sommes certainement en droit d'affirmer que nous avons été utile à un certain nombre de malheureux considérés de prime abord comme incurables. On peut encore nous objecter que les rémissions que nous qualifions de guérisons, sont spontanées et indépendantes du traitement ; mais leur nombre plaide contre cette hypothèse, et, de plus, nous lui opposons la marche de la maladie qui a présenté chez tous les mêmes phases, période de rémission complète au point de vue mental, puis période d'hallucination d'un ou deux sens, précédant la guérison et la sortie. »

On peut donc affirmer que le traitement spécifique intensif appliqué sous la forme d'injections de calomel est utile à un grand nombre de paralytiques généraux, et amène même parfois une disparition complète de tous les signes, tant somatiques que mentaux. Ce qui revient à dire que les lésions qui constituent le syndrome paralysie générale peuvent disparaître complètement sous l'influence du traitement mercuriel intensif, identiques en ce sens à toutes les lésions syphilitiques, et cet amendement est la meilleure preuve de leur nature syphilitique et non para-syphilitique.

Mais, de même que les autres lésions syphilitiques des centres nerveux, syphilis cérébrale ou médullaire, une fois constituées, ne rétrocèdent pas toujours sous l'influence du traitement spécifique, de même les lésions de la paralysie générale ne cèdent pas toujours à l'action des injections de calomel.

A côté des cas d'amélioration manifeste, en effet, il est

certain et non moins incontestable que nombre de paralytiques généraux n'éprouvent aucun bénéfice des injections de calomel. Dans les cas de paralysie générale à marche rapide principalement, et même dans bien des cas de paralysie générale progressive, nous avons vu échouer le traitement spécifique.

Peut-on déterminer quelle est la cause de cette différence d'action ? C'est ce que nous allons essayer d'éclaircir, en nous basant sur nos Observations et surtout sur la conception pathogénique que nous avons donnée de la démence paralytique.

Au chapitre II, nous avons dit que la paralysie générale syphilitique est produite par un virus syphilitique faible, mais agissant pendant des mois et des années pour produire des lésions diverses. Il est évident que les injections de calomel agissent surtout, sinon exclusivement, sur ce virus et qu'elles ne peuvent agir que d'une façon très faible sur les lésions constituées, lorsque celles-ci ont déjà abouti à des destructions organiques.

Si l'on agit d'une façon très précoce, on pourra donc arrêter le processus dans son évolution, et les lésions constituées étant encore très faibles, on obtiendra une presque guérison, sinon une guérison complète. Si, au contraire, les lésions sont considérables, l'action des injections de calomel sera presque nulle. Voilà donc un premier élément important dans le pronostic des résultats thérapeutiques, c'est l'époque du début de l'intervention dans le traitement de la maladie.

Cet élément n'a cependant pas l'importance qu'on semblerait devoir lui accorder tout d'abord, car nous avons vu des paralytiques généraux dont l'affection évoluait

depuis plusieurs années (témoin les Observations I et III), nettement améliorés, malgré la date tardive du traitement. Aussi, bien qu'il vaille mieux, en général, faire un diagnostic aussi précoce que possible de la paralysie générale, et commencer de suite les injections de calomel, même dans les cas anciens, devra-t-on toujours les appliquer avec espoir de résultat. Cette action possible du traitement tardif s'explique par ce que nous allons dire maintenant.

Au paragraphe de l'anatomie pathologique, nous avons vu que les lésions syphilitiques de la paralysie générale n'étaient pas toujours les mêmes ; on peut avoir affaire à des lésions lymphatiques, vasculaires, conjonctives, névrogliques ou parenchymateuses. Il est bien certain que le pronostic est différent dans chacun de ces cas. S'il s'agit d'une lésion vasculaire ou conjonctive avec *intégrité à peu près complète de l'élément nerveux*, on a une grande chance de réussite ; le traitement mercuriel, en amendant les lésions artérielles et en ramenant ainsi une nutrition normale des éléments nerveux, aura bien vite fait disparaître tous les symptômes.

Si, au contraire, l'élément nerveux est touché primitivement, les injections donneront un moins bon résultat. Voilà donc un deuxième élément au point de vue de la chance de réussite, c'est la nature histologique des lésions.

Enfin, nous avons dit, au chapitre premier, que la syphilis n'était souvent pas le seul facteur en action dans l'étiologie de la paralysie générale, qu'elle était favorisée par un certain nombre de causes adjuvantes ou même produite par elles en son absence. Il est bien certain que les injections de calomel n'agiront pas sur ces causes.

Il est donc facile de comprendre pourquoi les injections de calomel, dont l'action est si manifeste dans certains cas, échouent dans d'autres. Nous en avons donné les raisons, tirées en partie de l'anatomie pathologique ; voyons maintenant si la clinique seule peut, dans une certaine mesure, nous faire *prévoir* les cas qui seront justiciables des injections de calomel.

En passant en revue nos Observations, nous constatons que, dans bien des cas, les signes somatiques étaient très accentués et ont cependant rétrocedé ou parfois même disparu complètement.

Dans l'Observation I, la démarche spasmodique, la trépidation épileptoïde, le tremblement des membres supérieurs, de la langue, de l'écriture font totalement défaut. Au dernier examen, il ne persiste qu'un peu d'exagération des réflexes.

Dans l'Observation III, même accentuation des troubles somatiques, avec, en plus, troubles sphinctériens, secousses convulsives dans la face, ictus apoplectiformes, et même rétrocession. Actuellement, il ne persiste qu'un léger trouble de la parole, qui est trainante. De même dans les Observations IV et IX.

L'existence de signes somatiques nombreux, troubles de la motilité générale, troubles de la parole, de l'appareil visuel, tremblements, exagération des réflexes, crises d'agitation, affaiblissement musculaire, etc., si accentués qu'ils soient, n'est donc pas une contre-indication au traitement par les injections de calomel.

La constatation et surtout l'accentuation de certains troubles psychiques ont plus d'importance au point de vue pronostic.

Dans nos Observations, nous voyons notés plusieurs fois l'excitation maniaque (Observations II et VIII), les conceptions délirantes, le délire mégalomane (Observation VI), les idées mélancoliques avec tendance au délire de persécution (Observation VII), la dépression mélancolique (Observation VII), les hallucinations (Observations II et VI), et nous voyons tous ces troubles disparaître parfois rapidement. La mélancolie peut même aller jusqu'à la stupeur, puis rétrocéder.

Les troubles de la mémoire et de l'intelligence notés, dans la plupart des cas disparaissent également lorsqu'ils sont peu accentués, et qu'il s'agit d'une simple diminution ; mais déjà le retour à l'état normal se fait plus lentement.

Lorsque l'affaiblissement de la mémoire est considérable et que l'intelligence est très atteinte avec troubles du jugement, nous n'avons jamais observé d'amendement et nous croyons que le traitement est alors inefficace. Cette atteinte de la mémoire et de l'intelligence, constituant l'effondrement de l'énergie psychique, est en effet le symptôme qui représente l'altération la plus grave de la méningo-encéphalite chronique ; c'est la conséquence directe de la lésion et de la destruction de la cellule nerveuse. Lorsque le paralytique général présente un affaiblissement intellectuel considérable avec idées absurdes, excessivement mobiles, non motivées et contradictoires, lorsque, en un mot, il présente de la démence, nous croyons qu'il est trop tard pour agir avec espoir, et c'est là le point noir marquant l'inefficacité des injections de calomel.

En somme, tout dépend de l'état de la cellule nerveuse, et la clinique nous permet jusqu'à un certain point de nous rendre compte de cet état, par les troubles démen-

tiels plus ou moins considérables. L'amélioration de tous les désordres dus aux altérations méningées est presque constante, alors que les symptômes dus à l'encéphalite elle-même rétrocedent rarement ou même persistent lorsqu'ils sont accentués ou installés depuis longtemps.

Si l'existence de troubles somatiques nombreux, si l'existence d'un délire actif d'excitation maniaque par exemple, peut laisser place à un espoir de guérison assez grand, l'affaiblissement marqué de la mémoire et de l'intelligence rend au contraire le pronostic beaucoup plus sombre, car il indique que la cellule nerveuse est fortement troublée, et qu'évidemment les injections de calomel ne remplaceront pas ce qui a été détruit.

L'amélioration et la guérison temporaire de la paralysie générale, par les injections de calomel, réclament donc, pour se faire, certaines données, certaines circonstances favorables ; mais les insuccès si nombreux enregistrés jusqu'à aujourd'hui ne peuvent constituer un motif pour faire de la paralysie générale une affection para-syphilitique. Ils ont malheureusement trop souvent pour causes soit un diagnostic fait trop tardivement par le médecin, soit l'application d'une médication insuffisante comme action. Comme preuves de ce que nous avançons, nous dirons seulement que plusieurs des malades dont nous avons rapporté l'histoire avaient été condamnés, par leur médecin habituel, à mourir rapidement, déments et gâteux. Nous sommes persuadés que le nombre de ces insuccès diminuera avec l'idée de la paralysie générale considérée comme une affection de nature syphilitique, idée qui réclame l'application systématique du traitement spécifique intensif par les injections de calomel.

CONCLUSIONS

1° Le facteur étiologique de beaucoup le plus fréquent de la paralysie générale, au moins dans 80 % des cas, est la syphilis, agissant parfois seule, le plus souvent avec l'aide et l'association des causes les plus variées.

2° Le virus syphilitique peut produire toute une échelle de lésions allant des plus aiguës aux plus chroniques.

Dans un cas donné, la place occupée dans l'échelle des lésions dépend :

a) De l'intensité du virus ;

b) De sa durée d'action.

Un virus très actif agissant pendant un temps court produit des lésions très aiguës : gomme ou infiltration gommeuse.

Un virus très peu actif agissant pendant un temps très long produit une lésion très chronique : sclérose et maladies dites à tort parasyphilitiques.

3° Il n'y a aucune raison, ni anatomo-pathologique, ni clinique, ni thérapeutique pour distinguer la paralysie

générale syphilitique des affections syphilitiques vraies.

4° Très souvent la paralysie générale est heureusement modifiée dans son évolution par le traitement spécifique. Celui-ci doit être intensif. Les injections de calomel seules sont réellement efficaces.

5° Il est possible, jusqu'à un certain point, de prévoir uniquement par la clinique les cas qui seront heureusement modifiés par les injections de calomel.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TEISSIER.

Vu :
LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 18 mars 1902.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
COMPAYRÉ.

Abbas Akbar

Akbar

Akbar

Louise Joseph

Louise

Joseph

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNAUD. — Revue générale sur la Paralyse générale.; *Bulletin Médical*, 1898, p. 363.
- ANGLADE. — Rapports de la syphilis et de la Paralyse générale progressive; *Thèse*, Paris, 1891. — Les altérations des cellules nerveuses dans la Paralyse générale (*Ann. Médico-psychologique*, juillet-août 1898).
- BALZER. — Traitement de la syphilis par la méthode de Scarenzio (Injections de calomel en suspension dans l'huile de vaseline); *Bulletin de la Société des Hôpitaux*, 11 mars 1887.
- BALZER. — Des accidents locaux déterminés par les injections de calomel et d'oxyde jaune; *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 1887, p. 276.
- E. BESNIER. — Les injections de calomel; *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1887.
- BONNET. — Rapports de la syphilis et de la Paralyse générale; *Thèse*, Paris, 1891.

- BALLET. — Paralyse générale ; *Arch. méd. Provinciale*, 1898 ; p. 998.
- BRISSAUD. — *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895 ; Syphilis spinale, XI^e leçon.
- BELLIÈRES et MOREL-LAVALLÉE. — *Syphilis et Paralyse générale*, 1889.
- CHAUFFARD. — Les cirrhoses hépatiques (XII^e Congrès international de médecine. — Moscou, 1897) ; *In Bulletin médical*, 1897, p. 848.
- CAMPBELL. — Discussion sur les relations de la syphilis et de la Paralyse générale ; *Brit. med. journ.*, 16 septembre 1879.
- A. CABOUREAU. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la Paralyse générale ; *Thèse*, Bordeaux, 1899-1900.
- CLERC. — Considérations critiques sur l'étiologie de la Paralyse générale et de la syphilis comme facteur essentiel ; *Thèse*, Lyon, 1897.
- COSTE-LABAUME. — Rapports de la syphilis avec le tabès et la Paralyse générale ; *Thèse*, Lyon, 1900.
- COURTOIS-SUFFIT. — Revue générale. — Tabès et Paralyse générale ; *Gazette des Hôpitaux*, 14 janvier 1893.
- CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD ; *Traité de Médecine*, Tome VI.
- CHEMINADE. — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis ; *Thèse*, Bordeaux, 1889.
- CONSO. — Pseudo-paralyse générale arthritique ; *Thèse*, Paris, 1900.
- CHARBONNEAU. — Des rapports de la syphilis et de la Paralyse générale ; *Thèse*, Paris, 1891.
- DELMAS. — Rapports des infections aiguës et de la Paralyse générale ; *Thèse*, Bordeaux, 1895.

- DEVAY. — *Echo Médical de Lyon*, 1900-1902, Rapports médicaux de l'Asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu pour les années 1897 à 1901. — *Lyon Médical*, 2 mars 1902.
- DENGLER. — Syphilis et Paralyse générale; *Thèse*, Nancy, 1893.
- DELARO. — Les inconvénients du calomel; *Thèse*, Lille, 1897-98.
- DANLOS. — Orthoforme associé au calomel dans les injections de ce sel; *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 12 janvier 1899.
- A. FOURNIER. — *Les Affections para-syphilitiques*, 1894 (Rueff, éditeurs). — *Traitement de la syphilis*, in 8°, p. 321.
— *Revue générale de clinique et thérap.*, 1889, p. 17.
— Paralyse générale et lésions gommeuses, *Semaine Médicale*, 10 juillet 1901, p. 229.
- FEULARD. — Pratique courante des injections de calomel; *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1895, p. 1024.
- FÉLIX. — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis; *Thèse*, Montpellier, 1895-96.
- GAS, dit GENTIL. — Du traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de calomel; *Thèse*, Lyon, 22 décembre 1892.
- GAUCHER. — XII^e Congrès international de Médecine, Moscou, août 1897. *In Presse Médicale*, 1897, p. 132.
- GALLIOT. — *In Semaine Médicale*, 1897, p. 497.
- HALLOPEAU. — *Bulletin Médical*, 1888, p. 1113.
- HIRSCHBERG. — Le traitement de la syphilis par les injections intramusculaires d'huile de calomel; *Amer. Méd. Bull.*, 15 mai 1895.

JOFFROY. — Société médicale des Hôpitaux. — Séance du 27 octobre 1899. — Société médicale des Hôpitaux, 1900 (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, 1901, p. 39). — Séance de la Société de Neurologie, 13 mars 1902.

JULLIEN. — Des effets abortifs du traitement mercuriel intensif et précoce sur l'évolution de la syphilis ; *Presse Médicale*, 26 décembre 1896. — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis ; *Archives générales de Médecine*, mai 1896, p. 513.

LESSER. — *Affections vénériennes*. — Traduction du docteur BAYET, 1901.

LEREDDE. — Pathogénie des affections dites para-syphilitiques, Société de Dermat. et Syphilig., 6 février 1902 ; *In Semaine Médicale*, 12 février 1902. — 6 mars 1902. — *Bulletin Médical*, 8 mars.

LAMY. — De la méningo-myélite syphilitique, *Thèse*, Paris ; 1894.

KLIFFEL. — *Monographie clinique sur les Paralysies générales progressives*, 1898.

MAURIAC. — Sur le traitement de la syphilis par les injections mercurielles insolubles ; *Semaine Médicale*, 11 juillet 1894, p. 317.

MOREL-LAVALLÉE. — Les déterminations organiques de la syphilis ; *Gazette des Hôpitaux*, 27 mars 1892. — Paralysie générale et syphilis ; *Revue de Médecine*, 1893, p. 137. — Les injections de calomel représentent-elles d'une façon constante et invariable l'effort thérapeutique contre la syphilis. — *Journal des Praticiens*, 1898, p. 641.

MARATTO et CHARPENTIER. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 mars 1902.

- MAIRET et VIRES. — *De la Paralyse générale* ; Etiologie, Pathogénie, Traitement. In-8°, Paris, 1898 (Analyse dans les *Archives de Neurologie*, 1898).
- Debede. — Zur aetiology der allgemcinen fortschreitenden paralyse (Allgemcine). *Zeitschrift für Psychiatrie*, Berlin, 1893).
- MICHEL et Félix ROCHE. — Les injections intramusculaires de calomel dans le traitement de la syphilis ; *Presse Médicale*, 11 juin 1898, p. 313.
- PARIS. — Communication au Congrès de médecine mentale et de neurologie de Bruxelles, 1897 ; *La Paralyse générale*.
- RAYMOND. — Contribution à l'étude de la syphilis des centres nerveux ; *Archives de Neurologie*, janvier 1894. — Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis ; *Gazette des Hôpitaux*, 9 juillet 1892, p. 74.
- RICARD. — La descendance des paralytiques généraux ; *Thèse*, Bordeaux, 1900.
- RÉGIS. — Rapports de la Paralyse générale et de la syphilis . *Gazette Médicale de Paris*, 9 juin 1889. — Syphilis et Paralyse générale ; leçons cliniques ; *Archives cliniques de Bordeaux*, juillet et août 1892. — *Semaine Médicale*, 14 août 1901.
- RÉGNIER. — Syphilis cérébrale et Paralyse générale ; *Revue de Médecine*, 1889 (juin, juillet, août).
- A. RENAULT. — Embolies capillaires à la suite d'une injection de calomel ; *Presse Médicale*, 23 décembre 1899, p. 361.
- A. ROBIN. — Traitement rationnel de la Paralyse générale ; *Gazette des Hôpitaux*, 23 mars 1901.
- J. ROUX. — *Diagnostic et traitement des maladies nerveuses*, 1901 ; Librairie Baillière.

- J.-Ch. ROUX. — Les causes de la Paralyse générale ; *Gazette des Hôpitaux*, 13 janvier 1898.
- SMIRNOFF. — Développement de la méthode de Scarenzio ; Helsingfors, 1886. — Du prétendu danger des injections de calomel ; *Bulletin Médical*, 22 février 1891, p. 171.
- SCARENZIO. — Un coup d'œil rapide sur le traitement de la syphilis au moyen des injections de calomel ; *In Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1896, p. 317.
- SÉRIEUX. — Syphilis et Paralyse générale ; *Société Médicale des Hôpitaux*, octobre 1899.
- SÉRIEUX et FARNARIER. — Statistiques sur l'étiologie de la Paralyse générale ; *Revue de Médecine*, 10 février 1900.
- TSCHIGE. — V^e Congrès des médecins russes ; *Gazette des Hôpitaux*, 28 août 1894.
- THIBIERGE. — Les injections mercurielles dans le traitement de la syphilis ; *Presse Médicale*, 1896, p. 546.
- TOULOUSE. — Syphilis et Paralyse générale ; *Revue de Médecine mentale*. — *Gazette des Hôpitaux*, 26 juillet 1892.
- WICHAM. — Traitement de la syphilis par les injections de calomel ; *Presse Médicale*, 1896, p. 55.
- WILSON. — Traitement de la syphilis par les injections de calomel ; *Médecine News*, 2 juin 1888.
- VALLON. — XII^e Congrès international de médecine, tenu à Moscou du 19 au 26 août 1897.
- VÉRITÉ. — Pathogénie des affections dites para-syphilitiques ; *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 6 mars 1902.

VERCHÈRE et CHASTANET. — Des injections intramusculaires de calomel ; *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*. — Séance du 12 décembre 1895, page 1114.

Ch. VIANNAY. — De la fréquence des lésions tertiaires sans antécédents chez la femme dans le milieu hospitalier et de son importance en Clinique et en Pathologie (Extrait des *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* (1898).



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique de la question des rapports de la syphilis et de la paralysie générale. — Conception actuelle de la paralysie générale.....	11
CHAPITRE II. — Nature des rapports entre la syphilis et la paralysie générale. — La paralysie générale est une affec- tion syphilitique vraie et non para-syphilitique.....	41
CHAPITRE III. — Traitement de la paralysie générale par les injections de calomel.....	59
OBSERVATIONS.....	69
CONCLUSIONS.....	97
BIBLIOGRAPHIE.....	101



SAINT-ETIENNE

IMPRIMERIE & LITHOGRAPHIE A. BARDIOT

13, Rue de la Loire.

